ELENA IULIA MARDARE

597255

Stresul psihosocial şi boala cardiacă

Analize şi intervenţii

BCU Iasi

editura universităţii din bucureşti
2010

Referenți științifici: conf. univ. dr. Dan BUZDUCEA
conf. univ. dr. Hanibal DUMITRAȘCU

© *editura universității din bucurești*®
Șos. Panduri, 90-92, București – 050663; Telefon/Fax: 021.410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Internet: www.editura.unibuc.ro

Tehnoredactare computerizată: Meri Pogonariu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
MARDARE, ELENA IULIA

Stresul psihosocial și boala cardiacă. ***Analize și intervenții*** **/ Elena Iulia Mardare** – București: Editura Universității din București, 2010

Bibliogr.

ISBN 978-973-737-863-7

616.89-008.441

2 MAI 2012

CUPRINS

Lista tabelelor / 9
Lista figurilor / 9
Lista abrevierilor / 10
Prefață / 11

Cuvânt-înainte / 13

PARTEA I
Analiza și intervenția psihosocială în contextul bolii cardiace – aspecte teoretice

Capitolul 1. Boala cardiacă în context biopsihosocial / 17

1.1. Dimensiunile biopsihosociale ale stării de sănătate / 18
1.2. Paradigme explicative ale sănătății și bolii / 21
1.3. Fazele evoluției bolii cardiace și implicațiile psihosociale asociate acestora / 24
1.4. Principalele categorii de boli cardiace și factori psihosociali asociați acestora / 27
1.4.1. Bolile coronariene / 27
1.4.2. Hipertensiunea arterială / 33
1.4.3. Aritmiile cardiace / 34
1.4.4. Insuficiența cardiacă congestivă / 35

Capitolul 2. Factori psihosociali cu rol în evoluția și combaterea bolii cardiace / 36

2.1. Conceptualizarea și rolul factorilor psihosociali în evoluția bolii cardiace / 36
2.2. Tipologia și analiza factorilor psihosociali asociați bolii cardiace / 40
2.2.1. Tipul A de personalitate / 40
2.2.2. Localizarea controlului ca resursă personală / 42
2.2.3. Depresia și anxietatea / 43
2.2.4. Comportamentele dăunătoare sănătății / 48
2.2.5. Stresul social și suportul social – factori psihosociali implicați în evoluția bolii cardiace / 49

Capitolul 3. Stresul social și boala cardiacă / 52

3.1. Istoricul și definirea conceptului de stres / 52
3.2. Perspective teoretice explicative cu privire la stres/ 54
3.2.1. Abordarea medicală a stresului sau abordarea centrată pe răspuns / 55
3.2.2. Abordarea psihologică a stresului sau abordarea centrată pe procesele cognitive / 57

3.2.3. Abordarea sociologică a stresului sau abordarea centrată pe stimuli / 61
3.3. Teoria sociologică a stresului în viziunea lui Leonard Pearlin / 65
3.4. Relația dintre stresul social şi boala cardiacă / 69

Capitolul 4. Rolul suportului social în contextul bolii cardiace / 72

4.1. Definirea, istoricul şi măsurarea suportului social în raport cu starea de sănătate / 72
4.2. Formele suportului social / 75
4.3. Sursele suportului social / 77
4.3.1. Familia ca sursă de suport social / 78
4.3.2. Prietenii, colegii şi suportul social / 82
4.4. Efectele suportul social asupra stării de sănătate /84
4.5. Suportul social şi boala cardiacă/ 91

Capitolul 5. Reabilitarea cardiacă. Strategii şi metode intervenționale psihosociale / 95

5.1. Programul de reabilitare cardiacă şi intervențiile cu rol în abordarea şi reducerea riscului psihosocial asociat bolii cardiace / 96
5.1.1. Obiectivele programului de reabilitare cardiacă / 96
5.1.2. Fazele programului de reabilitare cardiacă / 97
5.2. Strategii şi metode intervenționale psihosociale adresate pacienților cardiaci cu risc psihosocial înalt în context spitalicesc / 99
5.2.1. Rolul echipei multidisciplinare în furnizarea serviciilor în spital / 101
5.2.2. Serviciile de consiliere a pacienților cu boli cardiace / 103
5.2.3. Servicii clinice de asistență socială adresate bolnavilor cardiaci / 111
5.2.4. Metode şi tehnici de adaptare la stres în contextul bolii cardiace / 114
5.3. Strategii şi metode intervenționale psihosociale adresate familiilor pacienților cardiaci cu risc psihosocial înalt / 119
5.3.1. Servicii de consiliere şi asistență socială familială / 119
5.3.2. Terapia medicală de familie şi boala cardiacă / 122
5.4. Strategii şi metode intervenționale psihosociale în context comunitar / 127
5.4.1. Servicii comunitare de îngrijire medico-socială / 128
5.4.2. Grupurile de suport ca strategie de adaptare la boala cardiacă / 130

PARTEA II
Studii privind analiza şi intervenția psihosocială în contextul bolii cardiace

Capitolul 6. Statistica mortalității prin boli cardiace la nivel național şi internațional / 135

6.1. Analiză comparativă a ratei mortalității prin boli cardiace la nivelul statelor UE/ 136
6.2. Analiza evoluției mortalității prin boli cardiace în România / 141
6.3. Previziunile OMS cu privire la principalele cauze de deces / 143

Capitolul 7. Factorii sociali asociați bolii cardiace la internarea în spital / 146

7.1. Obiectivele cercetării / 146
7.2. Metodologia cercetării: eşantionare, proceduri / 146
7.3. Analiza datelor / 147
7.4. Rezultate şi concluzii / 148

Capitolul 8. Procesul stresului social asociat evoluției bolii cardiace la pacienții internați în spital / 159

8.1. Obiectivele cercetării / 160
8.2. Metodologia cercetării: eşantionare, proceduri, instrumente / 161
8.3. Analiza datelor / 170
8.4. Rezultate şi concluzii / 172

Capitolul 9. Satisfacția pacienților cardiaci cu suportul social formal asociat aspectelor interpersonale ale relației cu personalul medical şi de îngrijire din spital / 197

9.1. Aspectele interpersonale ale relației profesionist-pacient în contextul bolii cardiace / 197
9.2. Premisele cercetării / 200
9.3. Obiectivele şi metodologia cercetării / 201
9.4. Prezentarea şi analiza rezultatelor / 202

Concluzii / 205
Bibliografie / 213
Anexe / 223

Lista tabelelor

Tabelul 1 Ratele mortalității în funcție de frecventarea bisericii/20
Tabelul 2 Funcțiile suportului social/76
Tabelul 3 Ierarhia surselor de tensiune în rândul personalului medical/84
Tabelul 4 Statusul marital şi mortalitatea în rândul bărbaților/93
Tabelul 5 Intervenții complementare ale prevenției bolii cardiace/95
Tabelul 6 Modele de intervenții centrate pe familie/121
Tabelul 7 Abordarea terapeutică tradițională versus abordarea centrată pe soluție/125
Tabelul 8 Mortalitatea pe cauze de deces în România, în funcție de gen, în 2001/141
Tabelul 9 Primele 10 cauze de deces în România, în anul 2002/141
Tabelul 10 Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de diagnosticul principal şi de gen/148
Tabelul 11 Numărul de pacienți internați cu boli IMA şi alte boli ischemice în funcție de gen şi vârstă/152
Tabelul 12 Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ora internării/154
Tabelul 13 Variații ale ritmului circadian, după ora internării în spital, după categorii de vârstă/155
Tabelul 14 Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ziua internării/156
Tabelul 15 Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de gen şi anotimpul internării/158
Tabelul 16 Ponderea stresorilor/situațiilor ce solicită readaptare şi evaluarea prezenței acestora în relație cu îmbolnăvirea prin boala cardiacă (adaptat după Holmes şi Rahe, 1967)/162
Tabelul 17 Adaptare după Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) - Form C şi calcularea punctajului/167
Tabelul 18 Adaptare după Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) şi calcularea punctajului/168

Lista figurilor

Figura 1 Sănătatea şi boala; viziunea OMS versus modelul medical tradițional/18
Figura 2 Linia timpului şi fazele îmbolnăvirii/24
Figura 3 Factori psihosociali cu impact asupra stării de sănătate/38
Figura 4 Modelul procesului relației stres/sănătate, bazat pe teoria tranzacțională a stresului a lui Lazarus (1991)/59
Figura 5 "Convoiul de suport social"/78
Figura 6 Aprecierea importanței rolului familiei în rândul aspectelor vieții/79
Figura 7 Etapele ciclului de viață al familiei/81
Figura 8 Frecvența cu care sunt resimțite lipsa suportului afectiv şi o atmosferă calmă la locul de muncă/83
Figura 9 Efectele suportului social asupra stării de sănătate/86
Figura 10 Suportul social ca moderator al stresului/88
Figura 11 Statele UE selectate pentru analiză, în funcție de efectivul populației generale, în anul 2001/137

B.C.U. "M. EMINESCU" IAŞI

Figura 12 Ponderea cauzelor de deces prin boli cardiovasculare în cadrul statelor UE analizate, în anul 2002/137
Figura 13 Numărul de decese prin principalele boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice) în ţările UE analizate, în anul 2001/139
Figura 14 Numărul de decese prin alte boli ischemice, exceptând IMA în ţările UE analizate, în anul 2001/139
Figura 15 Numărul de decese prin HTA în ţările UE analizate, în anul 2001/140
Figura 16 Mortalitatea prin boli cardiace ischemice, în România, după gen, în perioada 1990-2005/142
Figura 17 Ponderea cauzei privind ischemia cardiacă în rândul cauzelor mortalităţii generale în cadrul previziunilor realizate de OMS pentru perioada 2002-2030/144
Figura 18 Numărul de pacienţi internaţi cu boli cardiace în spital (USC), în perioada iulie 2005-iulie 2006/148
Figura 19 Ponderea pacienţilor internaţi cu boli cardiace în funcţie de diagnosticul principal de internare/149
Figura 20 Ponderea pacienţilor internaţi cu boli cardiace în funcţie de diagnosticul secundar de internare/150
Figura 21 Numărul de pacienţi internaţi cu boli cardiace în funcţie de vârstă /151
Figura 22 Numărul de pacienţi internaţi cu boli cardiace în funcţie de ora internării/153
Figura 23 Numărul de pacienţi internaţi cu boli cardiace în funcţie de ziua internării/156
Figura 24 Numărul de pacienţi internaţi cu boli cardiace în funcţie de luna internării/157

Lista abrevierilor

UE - **U**niunea **E**uropeană
OMS - **O**rganizaţia **M**ondială a **S**ănătăţii
WHO - **W**orld **H**ealth **O**rganization
CIF - **C**lasificarea **I**nternaţională a **F**uncţionării, dizabilităţii şi sănătăţii
HTA - **H**ipertensiune **A**rterială
IMA - **I**nfarct **M**iocardic **A**cut
AVC - **A**ccident **V**ascular **C**erebral
ICC - **I**nsuficienţă **C**ardiacă **C**ongestivă
SSE - **S**tatut **S**ocioeconomic
USC - **U**nitatea de **S**upraveghere a **C**oronarienilor
SRRS - *The **S**ocial **R**eadjustment **R**ating **S**cale* elaborată de Holmes şi Rahe
SNI - *Social Network Index* elaborată de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi
ISEL - *Interpersonal Support Evaluation List* elaborată de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi
MHLC - *Multidimensional Health Locus of Control* elaborată de Wallston, Stein şi Smith
HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* elaborată de Zigmond şi Snait

PREFAŢĂ

Această carte îşi propune o abordare a stresului şi suportului social ca factori psihosociali în contextul unei boli cu implicaţii psihosociale considerabile: *boala cardiacă.*

În prezent, în România ratele morbidităţii şi mortalităţii prin boli cardiace sunt în continuă creştere în pofida existenţei unor tratamente medicale de nivel înalt şi a tehnologiei medicale ce a cunoscut un progres considerabil în ultimii ani. Ratele ridicate ale mortalităţii şi morbidităţii prin bolile cardiace pot fi explicate prin existenţa unor factori nonmedicali cu rol în declanşarea şi complicarea multor afecţiuni cardiace şi în adaptarea la acest tip de afecţiuni. În acelaşi timp, pe plan mondial, asistăm în ultima vreme la o recunoaştere, pe o scală din ce în ce mai largă, a faptului că, pe lângă factorii de risc standard atribuiţi bolii cardiace, există şi alţi factori din domeniul comportamental şi psihosocial ce pot contribui la dezvoltarea şi evoluţia bolii cardiace. Aceste variabile includ, printre altele, aspecte ale personalităţii, stresul acut şi cronic, aspecte ce ţin de mediul social etc.

Cercetările prezentate în partea a doua a acestei cărţi îşi propun să se constituie într-un proces sistematic şi riguros ce are ca scop evaluarea şi analizarea unor fenomene psihosociale ce însoţesc, în evoluţia ei, boala cardiacă.

Întrebările la care cartea urmează să răspundă sunt următoarele: *Care sunt principalii factori psihosociali asociaţi bolii cardiace utilizaţi în analiza fenomenului îmbolnăvirii la nivel individual şi psihosocial? Ce modalităţi intervenţionale psihosociale pot fi dezvoltate în sprijinul pacienţilor cardiaci aflaţi în situaţii de risc psihosocial şi al familiilor acestora în scopul creşterii calităţii vieţii lor? Cum poate fi descris şi analizat fenomenul îmbolnăvirii prin boli cardiace la nivel internaţional şi naţional pe de o parte, şi la nivel organizaţional pe de altă parte? Ce rol au stresul şi suportul social în evaluarea riscului psihosocial la pacienţii cu boli cardiace internaţi în spital, în diferite faze ale îmbolnăvirii şi cum poate fi evaluat acest risc?În ce măsură sunt satisfăcuţi pacienţii internaţi în spital cu aspectele interpersonale ale relaţiei dintre ei şi personalul medical şi de îngrijire?*

Aşadar, deşi abordată dintr-o perspectivă psihosociologică, cartea încorporează elemente teoretice şi empirice specifice mai multor discipline (asistenţă socială, medicină, consiliere, terapie de familie etc.), oferind lumii academice o introducere în problematica psihosocială asociată bolii cardiace, în general, şi a stresului şi suportului social, factori cu care se confruntă pacienţii cardiaci şi familiile acestora în context spitalicesc, în special.

CUVÂNT-ÎNAINTE

„Este mai bine să cunoaştem pacientul care are boala decât să cunoaştem boala pe care o are pacientul."
Hipocrate (460-377 î.c)

Oamenii de ştiinţă din domeniul social, care investighează sănătatea şi serviciile de sănătate, îşi propun, printre altele, să înţeleagă percepţiile, comportamentele şi experienţele oamenilor în relaţie cu sănătatea şi boala, experienţele lor legate de îngrijirea sănătăţii şi modalităţile de adaptare la boală, precum şi strategiile individuale şi familiale de gestionare a evenimentelor stresante generatoare sau generate de boala cronică. Astfel, în ultimii ani asistăm la o intensificare a preocupărilor privind starea de sănătate, mai precis a studiilor ce analizează starea de sănătate fie la nivel individual şi psihosocial, fie la nivel organizaţional, comunitar sau societal.

Viziunea înţelegerii comportamentului uman în context social este fascinantă şi practică. Înclinaţia către înţelegerea şi ameliorarea problematicii din societatea românească a reprezentat momentul în care, contaminată fiind de această viziune şi, plecând de la o realitate pe care o cunoscusem în mod direct, aceea a furnizării serviciilor de sănătate, am decis să încerc să studiez anumite procese pe care le-am considerat de interes în interiorul psihologiei sociale aplicate în domeniul îngrijirii sănătăţii şi al asistenţei sociale clinice.

Alături de aceste considerente, motivul dominant ce m-a determinat să mă opresc la aceasta temă îl reprezintă contactul direct cu realitatea socio-umană existentă într-o instituţie care furnizează servicii medicale, în care am activat pe parcursul unei perioade de peste zece ani, pacienţii şi nevoile psihosociale ale acestora, ce însoţesc deseori nevoile medicale, fiind o preocupare constantă în ceea ce mă priveşte. Datorită accesibilităţii la această realitate şi a faptului că am putut observa în mod direct diferite stări şi procese psihosociale, am considerat oportună, interesantă şi utilă o serie de studii care au vizat factorii sociali şi psihosociali asociaţi bolii cardiace la pacienţii internaţi în spital. În acelaşi timp, din poziţia de psihoterapeut de familie, nu pot să nu remarc necesitatea implementării în acest domeniu, al îngrijirii pacienţilor cardiaci cu risc psihosocial înalt, a unor servicii de consiliere şi terapie care să contribuie la ameliorarea calităţii vieţii acestor pacienţi şi a familiilor acestora.

Prima parte a cărţii îşi propune o definire a contextului biopsihosocial asociat apariţiei şi evoluţiei bolii cardiace, evaluat la nivel naţional şi internaţional pe de o parte, şi organizaţional pe de altă parte, cu scopul de a delimita un cadru de analiză a stresului şi suportului social ca fenomene psihosociale ce însoţesc apariţia şi evoluţia bolii cardiace. În capitolul 1 este prezentată o analiză teoretică a dimensiunilor bolii cardiace în contextul dimensiunilor stării de sănătate şi a principalelor aspecte biopsihosociale asociate principalelor boli cardiace descrise ca având implicaţii psihosociale importante.

În capitolul 2, în scopul de a crea o punte de legătură între cadrul biopsihosocial asociat bolii cardiace şi stresul şi suportul social ca factori psihosociali ce vor fi analizaţi în rândul pacienţilor cardiaci internaţi în spital, au fost conceptualizaţi şi analizaţi, din punct de vedere teoretic, factorii psihosociali cu rol în evoluţia şi combaterea bolii

cardiace (tipul A de personalitate, localizarea controlului, depresia şi anxietatea, comportamentele dăunătoare sănătăţii, stresul social şi suportul social). Această analiză a subliniat importanţa pe care factori psihosociali precum stresul şi suportul social o au în prevenirea şi adaptarea la boala cardiacă, motiv pentru care aceşti factori au făcut obiectul unei analize detaliate în capitolele următoare.

În capitolele 3 şi 4 au fost analizaţi şi evaluaţi teoretic stresul şi suportul social ca factori psihosociali implicaţi în evoluţia bolii cardiace. Studiul acestor factori şi-a propus, iniţial, o definire şi o analiză a principalelor abordări teoretice cu privire la stres şi suportul social, focalizarea făcându-se, în special, asupra abordărilor psihosociologice ale acestora. Astfel, a fost analizată teoria procesului stresului, elaborată de sociologul Leonard Pearlin şi de colaboratorii săi (Pearlin, 1981), care delimitează un model funcţional-structural al stresului. Acest model teoretic a fost ulterior cercetat empiric, în partea a II-a, unde este prezentată analiza datelor cu privire la componentele procesului stresului social implicate în boala cardiacă la pacienţii internaţi în spital.

În capitolul 5, prin prezentarea unor strategii de intervenţie psihosocială adresate pacienţilor cu boli cardiace şi familiilor acestora, s-a încercat completarea analizei teoretice privind analiza factorilor psihosociali în contextul bolii cardiace cu soluţii care să se adreseze acestor tipuri de factori, soluţii şi schimbări de sorginte psihosocială. Aceste tipuri de intervenţii pot fi furnizate de membrii unei echipe multidisciplinare în cadrul unor programe de reabilitare cardiacă.

În partea a II-a sunt incluse cercetări privind factorii sociali şi psihosociali asociaţi bolii cardiace, în diferite faze ale evoluţiei acesteia. Astfel, un prim studiu analizează contextul naţional şi internaţional al bolii cardiace, fiind prezentate rezultatele unei analize statistice privind mortalitatea prin boli cardiace la nivel naţional şi internaţional. Mai precis, a fost realizată o analiză a evoluţiei bolii cardiace în România, în perioada 1990-2005 şi o analiză comparativă la nivelul statelor UE, în anul 2001. Cadrul de analiză a aspectelor sociale ale bolii cardiace la nivel internaţional a fost completat cu previziunile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii în ceea ce priveşte evoluţia mortalităţii prin boli cardiace în perioada 2010-2030.

Altă cercetare a fost cea privind unii factori sociali asociaţi bolii cardiace la internarea în spital, analiza făcându-se, de această dată, la nivel organizaţional (la nivel de spital). Astfel, a fost examinat procesul prin care factori sociali precum vârsta, genul sau data internării (ora, ziua sau luna internării în spital) pot influenţa fenomenul îmbolnăvirii prin boli cardiace considerate ca fiind însoţite de o problematică psihosocială specifică (bolile cardiace ischemice, hipertensiunea arterială, aritmiile cardiace sau insuficienţa cardiacă cronică).

Ulterior, pentru analizarea componentelor stresului social a fost selectat un lot de 38 de bolnavi cardiaci (21 de sex masculin şi 17 de sex feminin), cu vârste cuprinse între 27 şi 86 de ani, internaţi de cel puţin 3 zile în Departamentul de Cardiologie al unui spital din Bucureşti. Pentru a completa datele obţinute în urma intervievării celor 38 de pacienţi, am selectat şi analizat în profunzime, pe baza calculării scorului înregistrat de pacienţi în ceea ce priveşte riscul psihosocial, 11 cazuri de pacienţi cu scoruri ridicate ale riscului psihosocial. În final, a fost analizată teoretic şi empiric satisfacţia pacienţilor cardiaci cu aspectele interpersonale ale relaţiei cu personalul medical din spital.

PARTEA I

Analiza şi intervenţia psihosocială în contextul bolii cardiace – aspecte teoretice

Capitolul 1. Boala cardiacă în context biopsihosocial

Capitolul 2. Factori psihosociali cu rol în evoluția și combaterea bolii cardiace

Capitolul 3. Procesul stresului social și componentele acestuia în contextul bolii cardiace

Capitolul 4. Abordări teoretice contemporane privind rolul suportul social

Capitolul 5. Reabilitarea cardiacă. Strategii și metode intervenționale psihosociale

Capitolul 1

Boala cardiacă în context biopsihosocial

A examina fenomenul biologic fără referire la contextul său social, înseamnă a nu te interesa decât de o față a medaliei...
(Dogan și Phare, 1993, 213)

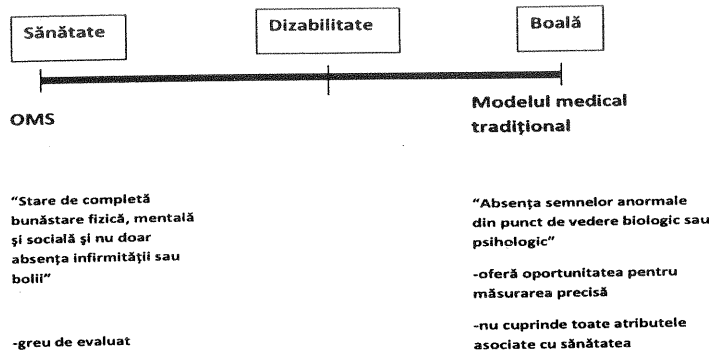
Sănătatea are rolul de a oferi indivizilor, grupurilor, comunităților sau națiunilor șansa de a se dezvolta optim din punct de vedere fizic, emoțional, social, intelectual, ocupațional sau spiritual, astfel încât calitatea vieții lor să devină mai satisfăcătoare și mai productivă. Medicalizarea din ce în ce mai accentuată a societății contemporane, manifestată prin extinderea medicinei și a modelului medical la zone nemedicale ale vieții sociale a deschis oamenilor de știință din domeniile sociologiei și psihosociologiei drumul în dezvoltarea studiilor care să evidențieze rolul aspectelor psihosociale ce stau la baza investigațiilor și intervențiilor din domeniul îngrijirii sănătății. Toate acestea au apărut în condițiile în care atacurile virulente la adresa medicalizării societății au venit chiar din interiorul lumii medicale. Astfel, psihiatrii Szasz și Torrey au afirmat că medicina, în general, și psihiatria, în special, se extind la zone ale vieții sociale în care pot face puțin și în care aduc confuzie (Goodman, 1992).

În acest context, al unei evidente medicalizări a societății contemporane, OMS adoptă o viziune multidimensională a stării de sănătate, viziune ce extinde conceptul stării de sănătate dincolo de structura și funcționarea corpului uman, așa cum era specific modelului medical tradițional, înglobând în cadrul conceptului de sănătate personalitatea, sentimentele, emoțiile, valorile, credințele, tipul de relații interpersonale etc. Astfel, în 1947, OMS stabilește că sănătatea este „*o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolii și infirmității*" (WHO, 1947 cf. Hahn și Payne, 1997). Această definire globală a sănătății este cuprinzătoare, incluzând toate aspectele biopsihosociale, dar ea are și limite, în sensul că este o definiție greu de aplicat în măsurarea și ameliorarea stării de sănătate.

O altă definire a stării de sănătate a fost dată, în urma analizării dimensiunilor stării de sănătate, de Hahn și Payne (1997) care au stabilit că sănătatea reprezintă „*amestecul de resurse fizice, emoționale, sociale, intelectuale, spirituale și ocupaționale care sprijină o persoană în realizarea sarcinilor de dezvoltare biopsihosocială și care sunt necesare pentru ca ea să se bucure de o viață satisfăcătoare și productivă* " (Hahn și Payne, 1997, p.11).

De asemenea, sănătatea poate desemna *„atât o stare individuală, cât şi o stare colectivă (a unei naţiuni), atât o trebuinţă, cât şi un drept, atât un scop ce trebuie atins de către individ, cât şi un obiectiv politic ce trebuie realizat de către stat"* (Lupu şi Zanc,1999, p. 57).

Figura 1. **Sănătatea şi boala; viziunea OMS versus modelul medical tradiţional**



Venind în sprijinul preocupărilor privind dificultatea de a măsura starea de sănătate, OMS a elaborat, în anul 2001, ghidul privind *Clasificarea internaţională a funcţionării, dizabilităţii şi sănătăţii* (CIF) în scopul de a asigura o bază ştiinţifică pentru înţelegerea şi analiza stării de sănătate, a efectelor şi a factorilor determinanţi implicaţi şi pentru îmbunătăţirea comunicării dintre specialiştii din domeniul medical, cercetători, specialiştii din domeniul social, persoanele bolnave şi familiile acestora (OMS, 2004).

Având ca repere dimensiunile cuprinse în CIF, evaluarea stării de sănătate a pacientului cardiac vizează atât aspecte problematice legate de funcţiile şi structurile sistemului cardiovascular, cât şi aspecte legate de dificultăţile pe care pacientul cardiac le poate avea în realiza anumite activităţi, probleme pe care pacientul cardiac le poate întâmpina prin implicarea în diferite situaţii de viaţă. În acelaşi timp, CIF recomandă şi evaluarea factorilor ce ţin de mediul fizic, social şi atitudinal specific pacientului şi celor din jurul său (vezi anexa 1).

1.1. Dimensiunile biopsihosociale ale stării de sănătate

În anul 1996, Spilker a identificat cinci domenii majore ale stării de sănătate: starea fizică şi capacitatea funcţională, starea şi bunăstarea psihologică, interacţiunile sociale, factorii economici, statutul social şi starea spirituală sau religioasă (Institute of Medicine, 2001). Conform acestei delimitări dimensionale, dimensiunea *fizică* a stării de sănătate se referă la caracteristicile fiziologice şi

structurale ce ajută ca o persoană să se dezvolte, aici fiind incluse nivelul de vulnerabilitate în faţa bolii, greutatea corporală, acuitatea vizuală, coordonarea mişcărilor, rezistenţa fizică sau capacitatea de recuperare. În anumite situaţii, această dimensiune pare a fi cea mai importantă. Din acest motiv, o perioadă îndelungată, mulţi specialişti au asociat sănătatea aspectului şi funcţionării organismului (Hahn şi Payne, 1997). Astfel, spuneau aceştia, echilibrul fizic poate fi atins printr-o alimentaţie adecvată care să cuprindă calitativ şi cantitativ substanţele nutritive necesare pentru susţinerea activităţilor specifice de viaţă, prin exerciţii şi mişcări fizice susţinute şi prin asigurarea unor perioade de odihnă necesare refacerii organismului (somn, relaxare, managementul stresului etc.).

O altă dimensiune a stării de sănătate, dimensiunea *emoţională*, se referă la măsura în care o persoană este capabilă să facă faţă stresului, adică să-şi păstreze echilibrul emoţional în situaţii stresante, să rămână flexibilă şi să negocieze sau să adopte compromisuri în situaţii conflictuale. Ceea ce simte o persoană în relaţie cu familia şi prietenii săi, cu scopurile şi ambiţiile din viaţa sa, cu situaţiile din viaţa de zi cu zi apare ca fiind relaţionat cu această dimensiune emoţională a sănătăţii. Aşadar, grija pentru menţinerea stării de sănătate reprezintă un argument în favoarea conştientizării şi manifestării adecvate a emoţiilor, indiferent de natura acestora. De altfel, medicina psihosomatică a lansat ipoteza conform căreia fiecărui tip de emoţie refulată îi corespunde o anumită tulburare somatică (durere de cap, durere de spate, aritmie cardiacă, ulcer etc.). Cercetările realizate până în prezent nu au confirmat, dar nici nu au infirmat această ipoteză. În acelaşi timp, cercetările actuale nu mai încearcă să afle dacă emoţiile cauzează bolile, ci încearcă, mai degrabă, să afle care este rolul emoţiilor în apariţia sau evoluţia anumitor tipuri de tulburări (Lelord şi Andre, 2003, p. 306).

În analizarea dimensiunii *sociale* a stării de sănătate se pleacă de la faptul că dezvoltarea şi maturizarea biopsihosocială apar, în mare măsură, datorită prezenţei altor persoane. Cât de bine se simte o persoană în compania altor persoane defineşte sănătatea socială a acesteia, iar a avea relaţii sănătoase solicită, uneori, un efort considerabil. Conceptualizarea pozitivă a stării de sănătate din ultimii ani include câteva constructe de bază: un corp sănătos, relaţii interpersonale de calitate, existenţa sensului şi scopului în viaţă. Astfel, persoanele care au relaţii interpersonale de calitate şi reţele sociale suportive tind să fie mai rezistente la îmbolnăvire şi se recuperează mai rapid după îmbolnăvire, comparativ cu persoanele care au relaţii sociale deficitare. Iată de ce se poate aprecia că această dimensiune a stării de sănătate reprezintă un factor important în viaţa oricărei persoane (Hahn şi Payne, 1997). În urma a numeroase investigaţii, cercetătorii de la Institutul de Medicină din Washington au confirmat existenţa unor studii epidemiologice (Folkman, 1997) care arată că relaţiile sociale suportive reduc riscul de deces cauzat de bolile cardiovasculare şi că stările psihologice pozitive sunt asociate cu o mai bună adaptare la stresorii severi ce însoţesc boli ca SIDA, cancerul sau artrita (Institute of Medicine, 2001).

Abilitatea unei persoane de a procesa şi furniza informaţii, de a-şi clarifica valorile şi credinţele şi de a exersa capacitatea de a lua decizii reprezintă un aspect important al sănătăţii globale şi este integrată *dimensiunii intelectuale* a stării de sănătate. Inaccceptarea de noi informaţii şi de reanalizare a propriilor credinţe pot face ca procesul de dezvoltare biopsihosocială să stagneze (Hahn şi Payne, 1997). Pentru a măsura această dimensiune a stării de sănătate, testele de inteligenţă au fost recunoscute ca fiind utile, dar limitate, ele măsurând doar parţial inteligenţa. Aceste teste nu măsoară existenţa unor deprinderi de relaţionare ale unei persoane (inteligenţa socială) sau gradul de echilibru emoţional şi de fericire al acesteia (inteligenţa emoţională). Inteligenţa măsoară capacitatea de a rezolva probleme, abilitatea de a planifica viitorul, capacitatea de a fi proactiv care semnifică luarea în considerare a trecutului şi prezentului în proiectarea realistă a unui viitor aproximat.

În evaluarea *dimensiunii spirituale* a stării de sănătate pot fi incluse credinţele şi practicile religioase, precum şi bunăvoinţa de a-i ajuta pe alţii. O explicaţie pentru reînnoirea interesului pentru dimensiunea spirituală a sănătăţii provine din valorizarea sa ca resursă în perioadele în care o persoană experimentează un stres personal. Mulţi oameni caută o înţelegere mai profundă a ceea ce reprezintă viaţa, cultivând latura spirituală a vieţii lor, aceştia putând descoperi modalităţi mai eficiente de a se integra mai bine în acest univers. O persoană îşi poate dezvolta sănătatea sa spirituală printr-o varietate de modalităţi: deschiderea către noi experienţe relaţionate cu natura, arta, mişcările fizice sau muzica (Hahn şi Payne, 1997). Referitor la credinţele şi practicile religioase şi relaţia acestora cu starea de sănătate, Comstock şi Partridge au realizat, în 1972, un studiu ce a investigat ratele de mortalitate în rândul populaţiei din Maryland prin chestionarea a 55000 de persoane, în perioada 1960-1964. Aşa cum sunt prezentate şi în tabelul 1, rezultatele studiului au arătat că acele persoane care mergeau la biserică o dată sau de mai multe ori pe săptămână aveau rate de mortalitate mai reduse decât cele care mergeau mai rar sau deloc (Argyle, 1992, p. 154).

Tabelul 1. **Ratele mortalităţii în funcţie de frecventarea bisericii** (la 1000 de persoane)

	O dată pe săptămână sau mai mult	*Mai puţin de o dată pe săptămână*
Boli cardiace	38	89
Emfizem pulmonar	18	52
Ciroza hepatică	5	25
Cancer rectal	13	17
Suicid	11	29

***Sursa**: Argyle M.,* „Social Psychology of everyday life", *1992, p. 154*

Dimensiunea *ocupaţională* a stării de sănătate reflectă relaţia directă dintre satisfacţia profesională a unei persone şi alte aspecte ale sănătăţii acesteia. Atunci

când o persoană se simte bine la locul de muncă, ea tinde să se simtă bine în pielea ei şi să aibă un stil de viaţă mai sănătos. Dacă un loc de muncă oferă atât satisfacţii extrinseci, precum salariul şi beneficii adecvate, cât şi satisfacţii intrinseci, de tipul interacţiunilor sociale pozitive sau al oportunităţii de a-şi exprima creativitatea, atunci o persoană poate avea sentimente pozitive în raport cu situaţia sa profesională. În aceste condiţii, devine important ca oamenii, încă din perioadele ce premerg activităţilor ocupaţionale, să fie încurajaţi să ia în considerare faptul că viitoarele lor ocupaţii vor fi puternic relaţionate cu starea lor de sănătate.

În încercarea de a defini cât mai cuprinzător şi adecvat starea de sănătate au apăut anumite obstacole conceptuale. Unul dintre acestea a vizat delimitarea stării actuale de sănătate de o posibilă evoluţie a bolii în viitor (Institute of Medicine, 2001). De exemplu, o persoană infectată cu HIV se poate simţi bine azi, dar ea nu se poate defini ca fiind sănătoasă deoarece ea se află la mare risc de îmbolnăvire şi de deces prematur în viitor. Fiind un proces dinamic, se poate spune că starea de sănătate pe care a avut-o ieri o persoană, astăzi nu mai există, în timp ce sănătatea la care aspiră pentru săptămâna viitoare sau anul viitor nu este garantată. Dincolo de toate aceste aspecte, datele ştiinţifice subliniază faptul că ceea ce o persoană face astăzi determină calitatea sănătăţii sale din viitor (Hahn şi Payne, 1997). De aceea, poate fi invocată responsabilitatea fiecăruia pentru starea sa de sănătate, astfel încât, persoanele care-şi îngrijesc sănătatea trăind, de obicei, mai mult şi mai fericite, menţinându-se active o perioadă îndelungată.

În concluzie, definirea stării de sănătate se situează la interfaţa dintre ştiinţele sociale şi cele biologice, întâlnire promiţătoare, dar încă neinstituţionalizată. Astfel, plecând de la afirmaţia că „omul este un *animal social*", cercetătorii afirmă că *„biologii reducţionişti, care ignoră adjectivul au o vedere limitată, la fel ca cea a colegilor lor, specialişti în ştiinţele sociale, care uită substantivul. Specializarea diferitelor discipline ştiinţifice a lăsat un vid între ele, ceea ce a avut ca rezultat separarea substantivului de adjectiv"* (Dogan şi Phare, 1993, p. 209).

1.2. Paradigme explicative ale sănătăţii şi bolii

Este cunoscut faptul că, în ciuda a numeroase progrese realizate în ceea ce priveşte mijloacele de diagnostic şi tratament ale medicinei moderne, starea de sănătate a populaţiei nu a cunoscut îmbunătăţiri semnificative, medicina modernă neputând ţine pasul cu pericolele ce ameninţă astăzi sănătatea. De altfel, cele mai multe boli întâlnite în societatea modernă (bolile cardiace, accidentele vasculare cerebrale, cancerul, diabetul, astmul bronşic, ulcerul, artrita etc.) nu sunt boli transmisibile, cauzate de agenţi infecţioşi bine delimitaţi, ci sunt, mai curând, afecţiuni cronice, cu debut insidios şi evoluţie lentă. Multe dintre aceste afecţiuni

pot fi prevenite sau combătute numai în condițiile în care oamenii își asumă un rol activ atât în menținerea stării lor de sănătate, cât și în procesul de vindecare, în cazul în care se îmbolnăvesc (Friedman, 2002).

Iată de ce viziunea tradițională conform căreia îmbolnăvirea ar fi cauzată de infecții sau altor surse biologice ce pot fi tratate cu medicamente sau prin intervenții chirurgicale, a primit din partea cercetătorilor, în special a psihosomaticienilor, numeroase critici în ultimii ani (Argyle, 1992). Astăzi, este unanim recunoscut și acceptat faptul că toate îmbolnăvirile au atât cauze de ordin fiziologic, cât și cauze de ordin psihosocial, acestea fiind determinate, în parte, de acțiunea stresorilor de diferite tipuri. Așadar, deși, inițial, s-a încercat contabilizarea îmbolnăvirilor numai sub aspectul proceselor de la nivel primar, de tipul distrugerilor celulare sau a dezechilibrului conținutului sanguin, importanța proceselor de la nivel superior precum emoțiile, personalitatea sau suportul social este astăzi recunoscută. Cercetătorii au descoperit, de exemplu, că unii oameni sunt mai predispuși la îmbolnăvire comparativ cu alții, în condițiile în care toți sunt supuși acelorași germeni sau stresori. Aceste diferențe sunt cauzate, în parte, de diferențele de la nivelul personalității, al suportului social de care beneficiază sau al credințelor și comportamentelor relaționate cu sănătatea (fumat, consum de alcool, alimentație, exerciții fizice etc.).

Paradigmele explicative cu privire la sănătate și boală pot fi definite în diferite modalități depinzând de perspectiva celui care alege să definească fenomenul. Astfel, conform modelului medical, îmbolnăvirea implică prezența unei patologii clinice la nivel biologic, sănătatea existând doar în condițiile în care nu există semne și simptome fizice. Plecând de la acest model de analiză a stării de sănătate și boală, focalizarea strategiilor educaționale precum și a celor intervenționale ce țin de practica medicală este centrată pe semnele patologiei, pe anormalitatea biologică, majoritatea activităților medicale propunându-și să elimine aceste condiții patologice. Așadar, conform modelului medical tradițional, bolile cardiace sunt în mare parte generate de factori biologici: factori care țin de gen (se pare că genul masculin prezintă risc de îmbolnăvire), factori ereditari sau de anumite disfuncționalități existente la nivel structural sau fiziologic în organism.

Contrar acestor credințe, și conform unui document elaborat în 1974, numit „*O nouă perspectivă asupra sănătății canadienilor*", cunoscut și ca Raportul Lalond (după numele ministrului canadian al sănătății de la acea vreme), bolile sunt determinate doar într-o proporție de 20% de factorii biologici, în timp ce 60% dintre factorii determinanți ai îmbolnăvirilor sunt reprezentați de factori comportamentali și factori ce țin de mediul fizic și social (Rădulescu, 2000). Marc Lalonde consideră că sănătatea este determinată de următoarele patru categorii de factori: biologia umană (moștenirea genetică, procesele de maturizare, îmbătrânirea, tulburări cronice), mediul fizic și social (apa potabilă, medicamentele, poluarea

atmosferică, salubrizarea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide), stilul de viață și comportamentele asociate acestuia (alimentația, activitățile fizice, sedentarismul, tabagismul) și organizarea sistemului de sănătate (cantitatea și calitatea resurselor medicale, accesul la acestea, relația dintre persoane și resursele medicale și sociale) (Lupu și Zanc, 1999, p.56).

Viziunea modernă, conform căreia există mulți factori care interacționează în producerea bolii, poate fi atribuită lui George L. Engel. Acesta a elaborat în 1977 un model ce are drept scop dezvoltarea unei viziuni cuprinzătoare cu privire la sănătate și boală și care să susțină aserțiunea conform căreia o simplă evaluare a factorilor biologici nu este suficientă pentru a explica sănătatea și boala. Acest model, denumit modelul biopsihosocial care explică dezvoltarea îmbolnăvirilor a acordat o importanță deosebită factorilor psihosociali de risc în apariția și agravarea bolii.

Un alt model explicativ al sănătății și bolii este modelul psihologic, denumit și modelul stresului. Conform acestui model, un individ este considerat bolnav în măsura în care el se definește ca fiind bolnav. Astfel, un individ care se simte „tulburat", marginalizat de mediul său social sau dezechilibrat emoțional se poate considera bolnav.

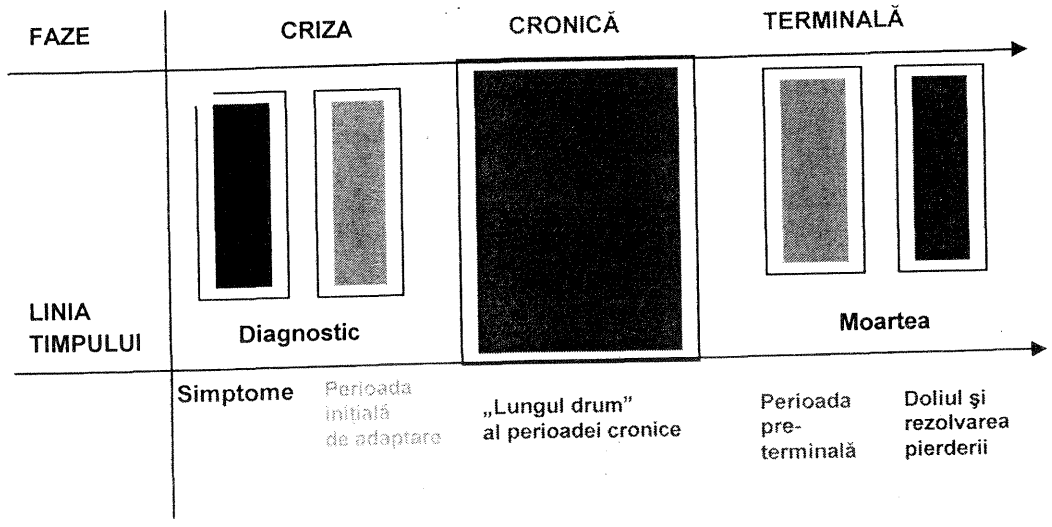
Modelul funcțional este modelul explicativ al bolii care stabilește faptul că îmbolnăvirea implică o stare de anormalitate socială, considerându-se că individul bolnav nu poate adopta normele sociale relaționate cu performanța de rol. Această perspectivă stabilește faptul că boala este privită ca amenințare la ordinea socială, persoanele bolnave devenind incapabile să mai aibă contribuții benefice la bunul mers al societății. În concluzie, atunci când amenință abilitatea unui grup de a supraviețui și de a se dezvolta, boala poate fi privită ca fiind o problemă socială (Sullivan, 2005 cf. Goodman, 1992). Mai mult, luând în considerare consecințele bolii, sociologul Talcott Parsons (1951) argumenta că, a fi sănătos este condiția umană cea mai dezirabilă sau cea mai funcțională (cf. Goodman, 1992). Așadar, în timp ce intenția modelului medical este aceea de a restabili normalitatea biologică la individul afectat, acțiunea modelului funcțional este aceea de a restabili normalitatea socială prin a permite individului afectat să-și reasume roluri sociale adecvate. În concluzie, deși boala și sănătatea sunt privite de mulți ca fiind fenomene biologice, acestea au, de asemenea, importante dimensiuni sociale. Este evident faptul că factorii sociali pot influența contractarea anumitor boli sau accesul la serviciile de îngrijire medicală. În aceste condiții, perspectiva sociologică de analiză a sănătății și bolii poate contribui la analizarea modului în care factorii sociali determină problemele sociale din acest domeniu (Sullivan, 2005 cf. Goodman, 1992). Și aceasta deoarece se cunoaște faptul că nivelul stării de sănătate dintr-o societate este influențat de un număr de factori care nu sunt relaționați cu sistemul de sănătate al societății. Printre cei mai importanți pot fi amintiți nivelul de trai (măsura în care populația primește hrană, îmbrăcăminte și

adăpost adecvate), obiceiurile sănătoase (incluzând o dietă adecvată şi activitatea fizică), factori ambientali, protecţia socială, stresul şi sănătatea mentală (Farley, 1992). Preocupările oamenilor de ştiinţă din domeniul social au vizat, printre altele, evidenţierea factorilor ce fac conexiunea între condiţiile sociale (factorii ce implică relaţiile unei persoane cu ceilalţi) şi îmbolnăvire. În cei 40 de ani ai sociologiei medicale au existat numeroase exemple ale pattern-urilor sociale ale bolii, fiind evidenţiată o puternică asociere între statusul socioeconomic (SSE) şi starea de sănătate. Astfel, s-a demonstrat că un SSE scăzut este asociat cu o speranţă de viaţă mai mică, cu rate mai ridicate ale mortalităţii generale şi rate mai ridicate ale mortalităţii infantile (Adler et al., 1994 cf. Cockerham et al., 1998).

1.3. Fazele evoluţiei bolii cardiace şi implicaţiile psihosociale asociate acestora

În evaluarea factorilor implicaţi în starea de boală devine importantă şi etapa de evoluţie a bolii. Privită ca un proces continuu, influenţat de evenimente importante, tranziţii şi schimbări de obiective, boala cardiacă evoluează de-a lungul următoarelor faze: etapa acută, etapa cronică şi etapa terminală. În fiecare fază a evoluţiei bolii cardiace, atât pacientul cât şi familia acestuia au sarcini de dezvoltare specifice ce solicită, deseori, resurse, atitudini sau schimbări semnificative ale acestora. În continuare vor fi prezentate cele trei faze majore ale evoluţiei bolii cardiace şi aspecte specifice acestora (Figura 2).

Figura 2. **Linia timpului şi fazele îmbolnăvirii**



Faza acută a bolii cuprinde, pe de o parte, perioada simptomatică ce precede raţionamentele de ordin medical ce conduc la stabilirea diagnosticului şi, pe de altă parte, perioada iniţială de adaptare şi coping ce urmează clarificării problemei prin punerea diagnosticului medical şi întocmirea unui plan de tratament. În această perioadă, confruntaţi cu vestea privind diagnosticul, pacientul sau membrii familiei pot avea reacţii de şoc, negare, mânie sau tristeţe. În situaţia diagnosticării unor boli cu potenţial de stigmatizare sau incapacitare ridicat pot să apară stări de confuzie, uimire, dezechilibru interior, neajutorare şi chiar diperare. Adaptarea la această etapă a evoluţiei bolii, care durează de la câteva ore la câteva zile depinde de personalitatea pacientului sau a membrilor familiei. De aceea, în această etapă, cel care transmite diagnosticul nu trebuie să insiste asupra detaliilor de ordin medical, ci e necesar să înţeleagă orice tip de reacţie a celor afectaţi (chiar şi una violentă), având în vedere că aceste reacţii comportamentale pot fi reacţii fireşti la stimuli extrem de stresanţi. În perioada iniţială de adaptare, ce urmează diagnosticării, pacientul sau membrii familiei pot manifesta neîncredere în autenticitatea informaţiilor, îşi manifestă dorinţa de a cunoaşte şi părerea altor specialişti. Pentru a trece de starea de negare, e necesar ca specialiştii să dea pacienţilor şi familiilor acestora informaţii cât mai exacte şi să nu le dea speranţe nerealiste. După etapa de negare, pacientul şi membrii familiei încep să accepte realitatea situaţiei şi să caute cauza îmbolnăvirii, căutând un vinovat. Mânia, uneori exprimată necontrolat de pacient sau de un membru al familiei acestuia, este o reacţie normală la frustrare şi, uneori, este necesară pentru detensionarea intrapsihică. De aceea, personalul medical şi cel din domeniul socio-uman trebuie să ajute pacientul şi membrii familiei acestuia să-şi exploreze, să explice şi să-şi exprime mânia. Deşi mânia îi conduce pe mulţi spre acţiune, la unii pacienţi poate să apară complexul de autoînvinovăţire şi depresia. De aceea, pacienţii şi familiile lor au nevoie să fie ajutaţi să înţeleagă ireversibilitatea apariţiei bolii. Alteori, pacientul şi membrii familiei acestuia pot trece prin stări emoţionale negative, ei interpretând că, odată cu apariţia bolii a murit vechea persoană sănătoasă şi s-a născut una nouă, bolnavă, văzută de cei din jur, deseori ca recipient de griji şi producător de griji. De multe ori, pacientul trăieşte sentimente de tristeţe care merg până la stări depresive, deoarece boala afectează pacientul şi membrii familiei acestuia în plan acţional, emoţional şi relaţional. În etapa de reorganizare dispar confuzia, mânia, pasivitatea şi apare activismul mental, relaţional, emoţional şi acţional, pacientul începând să-şi privească cu realism situaţia şi să realizeze sarcinile specifice.

Sarcinile cheie pentru pacient în această etapă de evoluţie a bolii vizează, printre altele, iniţierea şi menţinerea unor relaţii de colaborare cu membrii echipei de îngrijire, învăţarea metodelor de gestionare a durerii, a limitărilor în realizarea anumitor activităţi pe care acesta le realiza în mod obişnuit sau a altor simptome relaţionate cu îmbolnăvirea şi, de asemenea, învăţarea unor deprinderi de adaptare

la mediul spitalicesc şi la procedurile de tratament. Tot în această fază de criză, există o serie de sarcini la care e necesar să se adapteze şi familia pacientului. Printre sarcinile familiei pot fi menţionate generarea unei semnificaţii pentru evenimentul produs de îmbolnăvire care să maximizeze protejarea unui sens al controlului şi al competenţei pacientului, trăirea şi exprimarea suferinţei produsă de pierderea identităţii familiei existente înainte de apariţia îmbolnăvirii, direcţionarea către o poziţie de acceptare a unei schimbări permanente cu menţinerea unui sens al continuităţii între trecutul şi viitorul său, solidarizarea familiei în scopul adaptării la reorganizarea cerută de criza pe termen scurt sau dezvoltarea, în faţa incertitudinii, a unui sistem flexibil cu privire la obiectivele sale viitoare.

Faza cronică a bolii, timpul scurs între perioada în care este pus diagnosticul şi cea în care se derulează perioada iniţială de adaptare şi faza terminală a îmbolnăvirii poate avea o durată mai scurtă sau mai îndelungată, în funcţie de o serie de factori biopsihosociali. Fiind o perioadă ce poate fi marcată de constanţă, evoluţie sau de schimbări episodice, semnificaţia ei nu poate fi redusă la simpla cunoaştere a aspectelor biologice ale îmbolnăvirii. Această etapă devine, în principal, un construct psihosocial ce se referă la un drum lung sau la faza *„convieţuirii de zi cu zi cu boala cronică"*. Pe parcursul acestei faze, în condiţiile creşterii incertitudinii, intervine utilitatea capacităţii familiei de a menţine impresia unei vieţi normale în prezenţa „anormală" a îmbolnăvirii. În această etapă pacientul se va concentra asupra a ceea ce el va putea realiza şi mai puţin asupra a ceea ce el ar fi vrut să realizeze. Aceasta este etapa cea mai favorabilă intervenţiei directe a specialiştilor din domeniul socio-uman, acum pacienţii şi membrii familiei acestuia manifestând cea mai mare receptivitate şi dorinţă de a colabora. În urma intervenţiilor psihosociale pacientul îşi poate recâştiga stima de sine şi îşi poate atenua conflictele intrapsihice, de aceea el trebuie încurajat în efortul său, recunoscându-i-se meritele. Adaptarea propriu-zisă la boală se manifestă prin dobândirea capacităţii pacientului de a accepta situaţia existenţei bolii cronice. El îşi poate explora universul interior şi îşi restabileşte echilibrul interior, precum şi pe cel cu mediul intrafamilial şi profesional. Dinamica, durata şi intensitatea adaptării la boala cardiacă au particularităţi personale, intervalul de adaptare fiind unul cuprins între 0 şi 2 ani. De asemenea, etapa cronică a bolii este etapa în care, în condiţiile în care boala este potenţial fatală, apare necesitatea investirii în trăirea spirituală a timpului, în menţinerea unei autonomii maxime pentru toţi membrii familiei confruntaţi cu aspecte ce ţin de îngrijirile ce trebuie acordate periodic celui bolnav.

Faza terminală a bolii include pe de o parte etapa pre-terminală a îmbolnăvirii în care devine aparentă inevitabilitatea morţii care începe să domine viaţa pacientului şi a familiei acestuia. În această fază, sarcinile specifice de adaptare ţin de separare, moarte, suferinţă, rezolvarea doliului şi revenire la viaţa normală a familiei dincolo de pierderea suferită.

Cele trei faze de evoluţie a îmbolnăvirii sunt legate de perioade critice de tranziţie, momente în care pacienţii şi familiile lor reevaluează relevanţa structurii vieţii lor anterioare în faţa uneia noi, relaţionată cu boala, precum şi nevoilor lor de dezvoltare şi de adaptare la un nou stil de viaţă. E de reţinut faptul că problemele nesoluţionate în etapa precedentă pot complica sau bloca trecerea de la o etapă la alta, iar familiile pot îngheţa permanent într-o structură adaptativă care, deşi a avut o utilitate importantă într-o anumită etapă, nu mai este adaptativă într-o altă etapă, având o utilitate redusă. De exemplu, utilitatea solidarizării membrilor în etapa de criză poate deveni maladaptativă pentru toţi membrii familiei în etapa cronică a îmbolnăvirii. Astfel, familiile fuzionate pot avea dificultăţi în negocierea acestei tranziţii.

Făcând o analogie cu etapele de vârstă, faza de criză a îmbolnăvirii este similară cu etapele copilăriei şi adolescenţei, fiind o perioadă de socializare cu boala cronică şi adaptarea la acest trai, o perioadă în care alte planuri sunt puse de-o parte în scopul acomodării şi socializării cu boala. În tranziţia de la adolescenţă la perioada de adult separarea şi individualizarea sunt centrale, adolescenţii asumându-şi diverse responsabilităţi. Analog, tranziţia la etapa cronică a îmbolnăvirii se centrează pe autonomia şi crearea unei structuri a vieţii adaptată la realităţile bolii şi la condiţiile impuse de boală.

1.4. Principalele categorii de boli cardiace şi factori psihosociali asociaţi acestora

În evoluţia bolilor cardiace interacţionează numeroşi factori fiziologici, ambientali, psihologici şi sociali. Acest capitol oferă o viziune selectivă a contribuţiilor ştiinţelor sociale la înţelegerea aspectelor psihosociale caracteristice pentru câteva categorii de boli cardiace majore: boala coronariană, hipertensiunea arterială, aritmiile cardiace şi insuficienţa cardiacă congestivă.

1.4.1. Bolile coronariene

Categoria bolilor coronariene formează subgrupul cu cel mai mare număr de pacienţi în rândul bolilor cardiovasculare, având o pondere de cel puţin 80% din totalul bolilor cardiace. Cu toate acestea, în ultimii 40 de ani, în ţările vestice, s-a înregistrat un declin semnificativ (2% pe an) la nivelul ratei mortalităţii prin boli coronariene. În 1988, Goldman şi Cook estimau că mai mult de jumatate din acest declin (54%) este atribuit schimbărilor realizate la nivelul stilului de viaţă, în special a reducerii consumului de colesterol (30%) şi a renunţării la fumat (24%) (Nezu et al., 2003). Studiul *MONICA,* realizat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii a examinat rata mortalităţii prin boli coronariene în diverse populaţii şi a

descoperit că declinul numărului bolilor coronariene s-ar atribui atât activităților de prevenție secundară, cât şi progreselor înregistrate de tratamentele medicamentoase, subliniind legătura strânsă dintre stilul de viață şi riscul de a dezvolta o boală coronariană (Tunstall-Pedoe, 2003). În România, ca în multe alte state ale Uniunii Europene, bolile coronariene continuă să reprezinte principala cauză de morbiditate şi mortalitate în rândul populației.

Boala coronariană sau boala cardiacă ischemică apare atunci când alimentarea cu oxigen a țesutului miocardic are de suferit din cauza depunerii de grăsimi pe pereții arterelor coronare care asigură circulația cu oxigen către inimă. O lipsă moderată a oxigenului cauzează durere, în timp ce o lipsă majoră a acestuia poate determina un atac cardiac. Ischemia miocardului sau alimentarea insuficientă cu sânge a țesutului cardiac rezultă din această suferință a arterei coronare şi este, de multe ori, însoțită de o durere precordială numită angină pectorală. Infarctul miocardic (moartea țesutului cardiac) apare atunci când alimentarea cu sânge a țesutului miocardic este oprită din cauza unui blocaj complet al arterei cu o placă de aterom sau din cauza unei ischemii severe sau prelungite.

Cercetări cu privire la etiologia bolii coronariene au relevat faptul că aceasta rezultă din interacțiunea mai multor factori. Studii precum Framingham Heart Study (Wilson et al., 1998) au arătat că riscul unui individ de a face o boală coronariană poate fi determinat de însumarea riscului determinat de fiecare dintre factorii de risc majori. Este de remarcat faptul că mulți factori cauzali ai bolilor coronariene pot fi modificați, deseori aceştia fiind relaționați cu obiceiurile de zi cu zi şi fiind sub controlul direct al individului. Factorii de risc pentru boala coronariană, cunoscuți şi acceptați astăzi de majoritatea cercetătorilor, includ fumatul, stilul de viață sedentar, obezitatea, stresul, tipul de personalitate, hipertensiunea arterială, vârsta înaintată, genul, istoricul familiei, diabetul zaharat şi valorile anormale ale colesterolului din sânge. De asemenea, OMS a stabilit că cele mai importante cauze ale bolii coronariene sunt dieta nesănătoasă, inactivitatea fizică şi fumatul, toți aceştia fiind catalogați ca factori de risc modificabili. Efectele dietei nesănătoase şi ale inactivității fizice determină la indivizi creşteri ale presiunii arteriale, ale glucozei şi lipidelor din sânge, precum şi obezitate, aceştia fiind numiți factori de risc „intermediari" pentru boala coronariană.

Alți determinanți ai bolilor coronariene sunt reprezentați de sărăcie şi stres (Nezu et al., 2003). Privitor la bolile coronariene, diferențele dintre țări sunt mai pronunțate comparativ cu diferențele dintre genuri, sugerându-se, printre altele, că nu anatomia masculină este destinată dezvoltării bolii coronariene (Nikiforov şi Mamaev, 1998). Astfel, este de notat faptul că factorii tradiționali nu sunt suficienți pentru a fi luați în considerare în evaluarea epidemiei bolii coronariene în rândul bărbaților din Estul Europei. De exemplu, Kristenson şi colegii săi (1998) au comparat factorii tradiționali şi factorii psihosociali în 2 eşantioane

compuse din bărbați cu vârsta de 50 ani din Suedia şi un grup de bărbați de aceeaşi vârstă din Lituania. Bărbații din Lituania erau de 4 ori mai predispuşi să moară în urma bolii coronariene comparativ cu bărbații din Suedia. Cu greu au fost identificate în cele două grupuri diferențe legate de factorii de risc tradiționali. Cu toate acestea, bărbații din Lituania au raportat mai multe aspecte psihosociale problematice (exp: depresie, suport social scăzut, stres la locul de muncă) comparativ cu bărbații din Suedia. Aceasta oferă explicația conform căreia factorii de risc coronarieni psihosociali nu contribuie doar la recentele creşteri ale numărului de boli coronariene în rândul bărbaților din Europa de Est, ci şi la luarea în considerare a acestor factori în cazul unor variații ale diferențelor de gen asociate bolii cardiace (Kristenson et al., 1998).

Vârsta este un alt factor de risc important pentru analiza incidenței şi mortalității prin boli coronariene. Odată cu înaintarea în vârstă, riscul de a face o boală coronariană creşte semnificativ, aproape jumătate dintre toți pacienții cu boli coronariene având peste 65 de ani. Astfel, comparativ cu bărbații în vârstă de 40 de ani, bărbații de 50 de ani au un risc de 5 ori mai mare de a face o boală coronariană, bărbații cu vârste de peste 60 de ani au acest risc de 15 ori mai mare, iar cei cu vârste de peste 70 de ani au un risc mai mare de 40 de ori de a muri prin boli coronariene. Aceeaşi situație este întâlnită şi în cazul femeilor, riscul de a face o boală cardiacă crescând pe măsura înaintării în vârstă a acestora (Labarthe, 1998), aceasta datorându-se, probabil, naturii cardioprotectoare a hormonilor estrogeni secretați înainte de menopauză.

Un alt factor social asociat bolii coronariene este genul. Rata mortalității prin boli coronariene este de 3-4 ori mai mare în rândul bărbaților comparativ cu femeile. Cu toate acestea, există diferențe între țări care influențează acest raport. Un exemplu în acest sens este cel al femeilor din Irlanda de Nord sau Scoția care au rate de mortalitate prin boli coronariene de 4 ori mai înalte comparativ cu cele experimentate de bărbații din Japonia. Ratele de mortalitate prin boli coronariene atribuite femeilor corelează strâns cu cele atribuite bărbaților, aceste diferențe internaționale fiind determinate de factori specifici de mediu. Datele rezultate în urma studiului *The Framingham Heart Study* indică faptul că, de-a lungul vieții, riscul de a dezvolta boli coronariene la vârsta de 40 de ani este la bărbați de 1:2 şi la femei de 1:3 (Lloyd-Jones et al., 1999).

O cercetare realizată în populația generală, utilizând date din studiul Framingham a evaluat pattern-uri specifice de gen ale bolii coronariene ce au apărut de-a lungul unei perioade de 26 de ani. S-a constatat că în rândul subiecților cu vârste cuprinse între 35 şi 84 de ani, bărbații aveau o incidență a morbidității şi mortalității de aproape 2 ori mai mare comparativ cu femeile. Prăpastia între valorile morbidității în funcție de gen tinde să se diminueze pe măsură ce se înaintează în vârstă, în principal din cauza unei creşteri rapide a morbidității feminine după 45 de ani, în timp ce, în funcție de vârstă, creşterea ratei la bărbați se menține aceeaşi.

Aşadar, riscul de a face o boală coronariană este mai mare în rândul bărbaţilor. La întrebarea *De ce se îmbolnăvesc bărbaţii mai mult decât femeile de boli coronariene?* cercetătorii au dat mai multe răspunsuri. Unii dintre ei au subliniat rolul factorilor de risc tradiţionali, iar alţii au subliniat factorii de risc psihosociali. Astfel, bărbaţii sunt mai predispuşi să fumeze comparativ cu femeile, dar diferenţele legate de acest comportament, precum şi alţi factori de risc nu explică pe deplin excesul de boli coronariene din rândul bărbaţilor. Riscul mai scăzut de apariţie a bolii coronariene în rândul femeilor a condus la o serie de studii ce au avut ca obiect de studiu rolul hormonilor sexuali în prevenirea apariţiei bolilor coronariene. În prezent, există puţine date care să sprijine rolul hotărâtor al hormonilor sexuali în reducerea riscului în rândul femeilor. Totuşi, se poate remarca progresul făcut în identificarea factorilor de risc fiziologici şi comportamentali de a dezvolta o boală coronariană, factorii majori de risc identificaţi fiind colesterolul seric, hipertensiunea arterială, diabetul, fumatul şi obezitatea abdominală.

Şi manifestările bolilor coronariene diferă în funcţie de gen. Infarctul de miocard este mai probabil să nu fie recunoscut de femei (34%) comparativ cu bărbaţii (27%), în timp ce angina pectorală este mai frecvent necomplicată (80%) la femei, în timp ce angina la bărbaţi tinde să evolueze către infarct (66%) (Lerner şi Kannel, 1986).

Un istoric pozitiv al bolii coronariene în familie reprezintă un alt factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea bolii cardiace, independent de existenţa altor factori de risc. Bolile coronariene sunt mai răspândite în rândul indivizilor ai căror părinţi au avut boli coronariene. Aceasta este cauzată de predispoziţia genetică, pe de o parte, şi de stilului de viaţă al familiei ce poate include factori de risc pentru bolile coronariene, pe de altă parte. În plus, factori de personalitate relaţionaţi cu bolile coronariene, cum ar fi ostilitatea, pot fi moşteniţi sau învăţaţi. În acelaşi timp, la anumite vârste, factorii de mediu (alegeri ce ţin de stilul de viaţă etc.) joacă un rol mai important decât factorii genetici. În aceste condiţii, istoricul familial devine un factor important de risc, nemodificabil, pentru boala coronariană, aşa cum mai sunt vârsta sau genul (Rice, 1997). Cu toate acestea, persoanele care au factori de risc nemodificabili, cum ar fi istoricul familial al bolii cardiace pot descreşte riscul lor de face o boală cardiacă prin eliminarea altor factori de risc modificabili.

Contextul temporal şi ritmul circadian individual asociat debutului bolii sunt alţi factori sociali studiaţi în contextul bolii cardiace. Cercetătorii au relevat faptul că sistemul cardiovascular este organizat conform unui model oscilant şi că cele mai multe funcţii cardiovasculare sunt predispuse la schimbări circadiene. Aşadar, multe date sugerează că apariţia evenimentelor cardiovasculare, deşi nu este distribuită în funcţie de timp, se face conform anumitor modele temporale care variază în funcţie de ora, ziua săptămânii şi luna anului (Boari et al., 2006).

Modele circadiene au fost observate la o varietate de afecţiuni cardiovasculare, incluzând aici aritmiile cardiace, moartea cardiacă subită, evenimente cerebrovasculare, episoade de angină instabilă şi IMA.

Conform rezultatelor altui studiu, bazat pe date culese din registrele de internări în spital, pacienţii cu infarct se internează mai frecvent în timpul dimineţii între orele 7:00 şi 12:00 a.m., în zilele de luni şi în timpul iernii, din luna ianuarie până în luna martie, comparativ cu alte momente din zi, zile ale săptămânii sau anotimpuri. Comparativ cu pacienţii pensionaţi, pacienţii care au un loc de muncă au un alt vârf al orei de internare, acesta fiind situat după-amiaza în jurul orei 4:00 p.m. şi un trend către un vârf pe care-l ating în luna septembrie, în timp ce ziua săptămânii se păstrează aceeaşi în cele 2 subgrupuri (luni). Studii recente sugerează că evenimentele ischemice, incluzând IMA pot fi declanşate de anumiţi stresori. Unul dintre aceştia este momentul trezirii. Aici a fost observat un pattern al ritmului circadian al ischemiei. Angina pectorală, IMA şi moartea cardiacă subită înregistrează tipic o creştere a frecvenţei între orele 6 a.m. şi orele amiezii. Mai mult, aceste evenimente apar în primele câteva ore de la trezirea pacienţilor (Lloner et al., 1999 cf. Boari et al., 2006).

Într-un alt studiu a fost relevată existenţa a două vârfuri ale variaţiei circadiene a IMA. Primul vârf a apărut la orele dimineţii şi a fost atribuit schimbărilor fiziologice produse de somnul nocturn. Pentru a investiga cauzele celui de-al doilea vârf, un studiu a comparat obiceiurile legate de luarea meselor şi variaţiile circadiene la pacienţii cu infarct care erau obişnuiţi să aţipească la prânz (grupul A, format din 152 de pacienţi) şi a celor care nu obişnuiau sa aţipească la prânz (grupul B, format din 65 de pacienţi). La grupul A (77%) principala masă a zilei era prânzul, în timp ce la grupul B (74%) principala masă a zilei era cina. Ambele grupuri au arătat o variaţie circadiană semnificativă, dar vârful al doilea al incidenţei IMA a apărut mai devreme (2 p.m.- 4 p.m.) în grupul A, comparativ cu grupul B (6 p.m.- 8 p.m.). Realizatorii studiului au concluzionat că ingestia principalei mese a zilei, urmată de o perioadă de inactivitate fizică, cu sau fără somn, este un factor precipitator pentru IMA (Kolettis et al., 2007).

Alte cercetări au arătat că există un ritm circadian şi pentru angina pectorală, frecvenţa atacurilor acesteia crescând între orele 8-10 a.m. şi între orele 2-4 p.m. (Taylor et al., 1989).

În ceea ce priveşte ziua în care apar mai frecvent bolile cardiace, datele arată un vârf al incidenţei evenimentelor cardiovasculare în ziua de luni comparativ cu celelalte zile ale săptămânii. Modelele săptămânale sugerează o creştere cu aproximativ 20% a incidenţei IMA în zilele de luni, având ratele cele mai scăzute în zilele de sâmbătă şi duminică (Spielberg et al., 1996).

În acelaşi timp, există puţine date care să ateste efectele pe care luna, anotimpul, temperatura sau vacanţele le au asupra evenimentelor cardiace. Deşi unele studii realizate în SUA au sugerat o creştere a numărului evenimentelor

cardiace în lunile de iarnă, alte studii realizate în oraşele din jumătatea de sud a SUA au sugerat o creştere a evenimentelor cardiace în timpul verii (Spielberg et al., 1996). De asemenea, numărul în creştere al internărilor la începutul lunii ianuarie sau după sărbătorile de Paşte poate fi relaţionat cu schimbări în comportamentele sănătoase pe perioada vacanţei precum creşterea consumului de alimente, de sare sau de alcool. Stresorii psihologici şi emoţionali ce însoţesc vacanţele pot, de asemenea, să contribuie la declanşarea anumitor evenimente cardiace.

Făcând referire la relaţia dintre luna anotimpului şi bolile cardiace, un studiu realizat de Marchant şi colaboratorii săi în Anglia, în 1993, a raportat un vârf al incidenţei IMA iarna, în special în luna februarie. Conform altor rezultate ale acestui studiu, un număr mare de infarcte se înregistrează în zilele cu temperaturi scăzute atât în timpul iernii, cât şi în timpul verii. Aşadar, rata de internări a pacienţilor cu IMA a fost invers corelată cu temperatura minimă zilnică (Sayer et al, 1997). Într-un alt studiu, Speilberg şi colaboratorii săi (1996) au analizat variabilitatea IMA în funcţie de zilele săptămânii şi sezon la pacienţii din Germania. Datele studiului arată că IMA apare mai frecvent în perioada cuprinsă între lunile ianuarie şi martie. Acelaşi studiu a sugerat faptul că pacienţii care au o ocupaţie au un trend al îmbolnăvirii ce atinge un vârf în luna septembrie. Una dintre explicaţiile oferite de autorii studiului a fost relaţionarea cu stresul produs de reîntoarcerea la locul de muncă după vacanţa de vară (Speilberg et al., 1996).

În acelaşi timp, există o serie de studii care sugerează că lunile de vară sunt asociate cu incidenţa cea mai mare a evenimentelor cardiace în această perioadă. Astfel, un studiu realizat în Dallas, care a analizat date referitoare la 28 3931 de pacienţi internaţi în spital a raportat o frecvenţă mai mare a IMA în timpul verii (Heyer, Teng şi Barris, 1953). În acest context, al evaluării distribuţiei debutului bolilor cardiace în funcţie de oră, zi sau săptămână, sistemele terapeutice care ţin cont de cronobiologie pot promova prevenirea evenimentelor ce ameninţă viaţa.

În concluzie, factorii de risc nemodificabili (vârsta, genul, istoricul familial al bolii cardiace) pot fi asociaţi cu factori ce ţin de cronobiologia individuală, dar şi cu factori majori de risc, de această dată modificabili precum alegerile ce ţin de stilul de viaţă. Studiile au arătat că principalii factori majori de risc pentru boala coronariană sunt fumatul, hipertensiunea arterială, nivelul ridicat de colesterol şi factori ce ţin de stilul de viaţă (lipsa exerciţiilor fizice, obezitatea, ostilitatea şi stresul) (Alder et al., 2004). De aceea, în condiţiile în care boala coronariană este cea mai întâlnită cauză a mortalităţii premature şi o cauză frecventă a morbidităţii în societăţile vestice devine necesară promovarea schimbărilor la nivelul factorilor de risc modificabili.

1.4.2. Hipertensiunea arterială

În domeniul ştiinţelor sociale şi comportamentale, studiul HTA beneficiază, în mare măsură, de o integrare a metodelor, conceptelor şi rezultatelor cercetărilor din psihologie, psihofiziologie, psihologie socială, sociologie, fiziologie, biologie sau medicina comportamentală. HTA este o tulburare gravă deoarece afectează organele corpului şi sistemul vascular, fiind în acelaşi timp unul dintre cei mai importanţi factori de risc pentru boala coronariană. Definită ca fiind presiunea sângelui ce înregistrează valori constant ridicate peste valorile considerate ca fiind normale, HTA nu are nicio cauză fizică cunoscută şi este, în general, cunoscută ca fiind o boală complexă, multifactorială, în a cărei etiologie şi evoluţie factorii biologici, comportamentali şi psihosociali joacă un rol important (Hamingway şi Marmot, 1999).

Interesul privind implicarea factorilor psihosociali în evoluţia HTA a început prin analizarea rolului pe care factori precum stresul social, procesele afective şi comportamentele individuale îl au în etiologia HTA, a gradului de complianţă a pacienţilor hipertensivi la tratament şi a implicării acestora în comportamente de risc pentru HTA. Astfel, în anul 1951, Reiser şi colaboratorii săi au descoperit că apariţia situaţiilor de viaţă stresante în viaţa unui individ poate fi asociată atât cu debutul HTA, cât şi cu apariţia unor complicaţii în timpul evoluţiei bolii deja existente. S-a constatat, astfel, că pacienţii care locuiesc în mediul rural sunt mai puţin expuşi unui mediu stresant şi sunt mai puţin predispuşi să se îmbolnăvească de HTA (Nezu et al., 2003).

Alte studii au evidenţiat rolul important pe care factorii psihosociali precum tipul de personalitate şi stilurile de adaptare la stres, stresul familial şi ocupaţional, statutul social, suportul social, etnicitatea sau rolurile de gen îl au în evoluţia HTA. Astfel, în anul 1998, Colhoun, Hemingway şi Poulter stabilesc următorii factori ca fiind implicaţi în evoluţia HTA: sărăcia, dezintegrarea socială, dezorganizarea familiei, responsabilităţile epuizante (de exemplu, îngrijirea membrilor familiei cu dizabilităţi), conflictele maritale, ratele ridicate ale divorţului, stresul ocupaţional (conflictele la locul de muncă, insatisfacţia, suprasolicitarea, autonomia redusă atât în stabilirea şi realizarea sarcinilor profesionale, cât şi în luarea deciziilor la locul de muncă), nivelurile reduse de suport social, izolarea socială, un statut social minoritar, ratele ridicate ale criminalităţii, aspecte care ţin de apartenenţa la o anumită etnie, anumite roluri de gen etc. (Lynch şi Kaplan, 1997).

În acelaşi timp, statusul unui individ în societate şi modul în care el interpretează acest status pot avea legătură cu HTA. Cercetătorii din domeniul social au stabilit că unul dintre factorii contributori ai HTA este statutul socio-economic (SSE) al unei persoane. Definit ca ansamblul format din ocupaţia, resursele economice, statutul social şi educaţia unui individ (Lynch şi Kaplan,

1997), SSE este un predictor puternic al riscului cardiovascular. Pentru a evidenția efectele SSE asupra evoluției bolii au fost propuse mecanisme precum accesul la îngrijirea medicală, alimentația, condițiile de trai şi comportamentele asociate cu riscul (de exemplu, nivelul scăzut al activității fizice) (Kuczmarski, 1994 apud Kratz et al, 2002). S-a concluzionat, astfel, că persoanele cu SSE redus au un risc ridicat de a face HTA, printre factorii implicați fiind enunțați diferențele individuale în ceea ce priveşte obiceiurile alimentare, obiceiurile ce țin de activitatea fizică, precum şi caracteristicile sociale şi fizice ale mediului în care o persoană este integrată (Kreiger şi Sydney, 1996 apud Nezu et al., 2003). Indivizii cu SSE scăzut sunt mai predispuşi să trăiască în zone mai aglomerate, cu poluare sonoră mai mare, cu mai multe infracțiuni şi mai multă discriminare, iar a locui în zone cu SSE scăzut, fără a avea sisteme de suport suficiente pentru a-şi satisface nevoile, creşte probabilitatea unui individ de a fi expus la stresori (Kessler şi Cleary, 1980 cf. Kratz şi McCeney, 2002).

Un alt studiu evidențiază printre factorii ce facilitează creşterea presiunii arteriale factorii genetici, vârsta înaintată, obezitatea, consumul ridicat de alcool, stilul de viață sedentar, stresul, consumul ridicat de sare şi consumul redus de calciu şi potasiu. Făcând referire la HTA, *The National Health and Nutrition Examination Survey* a descoperit că, în pofida creşterii conştientizării existenței bolii de la un procent de 51% din populație în 1970 la 73% în 1990 şi a creşterii numărului populației tratată de HTA, rata celor cu HTA controlată nu s-a îmbunătățit. Mai mult, unele studii arată că ratele complicațiilor produse de HTA au crescut (Burt et al., 1995 cf. Nezu et al., 2003).

În concluzie, etiologia HTA se află la interacțiunea dintre ereditate, stil de viață şi mediul social şi fizic ambiant.

1.4.3. Aritmiile cardiace

Aritmiile cardiace scad capacitatea inimii de a lucra eficient şi de a asigura cantitatea necesară de sânge pentru toate organele din corp, inima putând să aibă fie un ritm prea rapid (tahicardie) fie prea lent (bradicardie), sau unul neregulat (disritmii sau aritmii). Aşadar, aritmia cardiacă reprezintă o anormalitate apărută la nivelul ritmului cardiac, o disfuncție în sistemul electric de conducere al inimii ce cauzează neregularități în ritmul şi/sau numărul bătăilor inimii pe minut considerat normal.

Tipurile de aritmii sunt, în mod obişnuit, denumite fie după tipul tulburării, fie după partea sistemului de impulsuri electrice afectată (de exemplu, bradicardia sinusală, blocul atrioventricular etc.). În prezența leziunilor ischemice şi/sau a IMA, sistemul electric al inimii este predispus la dereglări ce pot determina bătăi neregulate ale inimii (aritmii cardiace), multe dintre aceste aritmii putând fi amenințătoare pentru viață sau putând cauza chiar moartea cardiacă subită.

Aşadar, anumite aritmii pot determina tulburări semnificative pentru funcționarea organismului (de exemplu, fibrilația atrială poate cauza accidentul vascular cerebral), altele pot ameninta chiar viața organismului (de exemplu, fibrilația ventriculară), în timp ce altele pot fi relativ minore, acestea solicitând fie un tratament minim, fie nesolicitând nici un tip de tratament (Falvo, 2005).

1.4.4. Insuficiența cardiacă congestivă

Insuficiența cardiacă congestivă (ICC) este o altă afecțiune cu implicații psihosociale importante, des întâlnită în rândul populației. ICC este o stare a inimii ce apare atunci când muşchiul inimii este slăbit sau deteriorat, acesta nemaiputând asigura pomparea unei cantități adecvate de sânge către organele corpului. Printre cauzele ICC au fost incluse IMA, deteriorarea muşchiului inimii sub influența anumitor substanțe toxice (alcool, substanțe chimice etc.), HTA, ateroscleroza, disfuncțiile valvulare, boli ale plămânului (de exemplu, emfizemul pulmonar etc.). În condițiile în care inima este nevoită să depună un efort considerabil şi să pompeze sânge în tot organismul şi apare situația de ICC, în timp, inima se hipertrofiază şi devine ineficientă în activitatea sa de pompare a sângelui în organism. Ca rezultat al acestei situații, lichidele se acumulează în plămâni, cauzând congestia acestora şi apariția anumitor simptome (dispnee, amețel, slăbiciune fizică etc.). În condițiile în care alimentarea cu oxigen a creierului se face defectuos sunt de aşteptat schimbări la nivel cognitiv şi comportamental. În concluzie, ICC este o afecțiune cronică importantă care, deşi are unele simptome ce pot fi ținute sub control, de regulă, semnifică etapa finală a bolii cardiovasculare.

Capitolul 2

Factori psihosociali cu rol în evoluţia şi combaterea bolii cardiace

Momentul în care psihologii sociali au început să-şi concentreze atenţia asupra componentelor sociale ale îngrijirii sănătăţii este destul de recent. Dezvoltarea unei noi arii – psihologia socială a sănătăţii şi bolii – promite să ajute la găsirea soluţiilor uneia dintre cele mai critice probleme cu care se confruntă societatea modernă: menţinerea unei bune sănătăţi. Cercetătorii din acest domeniu arată că factori psihosociali precum relaţiile interpersonale, apartenenţa la un grup, influenţa familiei, suportul social comunitar, normele sociale pot fi la fel de importante în determinarea stării de sănătate a individului ca şi factorii de sorginte biofiziologică. Mai mult decât atât, psihologii sociali au propus noi abordări terapeutice care să aibă drept scop ameliorarea problemelor de sănătate şi să prevină apariţia îmbolnăvirilor. Aşadar, viziunea tradiţională conform căreia îmbolnăvirea are cauze ce ţin exclusiv de compoziţia sângelui sau de metabolism şi care pot fi tratate prin medicamente sau intervenţii chirurgicale a fost înlocuită treptat de o viziune ce stabileşte drept cauze ale îmbolnăvirii stresurile de diferite tipuri. În multe situaţii, menţinerea sănătăţii şi prevenirea îmbolnăvirilor sunt procese psihosociale care sunt influenţate de cultură, de interacţiunile cu profesioniştii din domeniul medico-social, de credinţe şi sentimente, de relaţiile cu ceilalţi.

În acest capitol vor fi prezentate câteva caracteristici ale factorilor psihosociali implicaţi în contextul bolii cardiace, precum şi o tipologie a acestor factori. Ulterior, în capitole distincte vor fi analizaţi doi dintre cei mai importanţi factori psihosociali implicaţi în contextul bolii cardiace: stresul psihosocial şi suportul social.

2.1. Conceptualizarea şi rolul factorilor psihosociali în evoluţia bolii cardiace

Unele comunităţi medicale reflectă în continuare viziunea lor sceptică referitoare la posibile efecte ale stresului, emoţiilor şi trăsăturilor de personalitate asupra evoluţiei unei boli. În ciuda acestei viziuni, există o bogată literatură

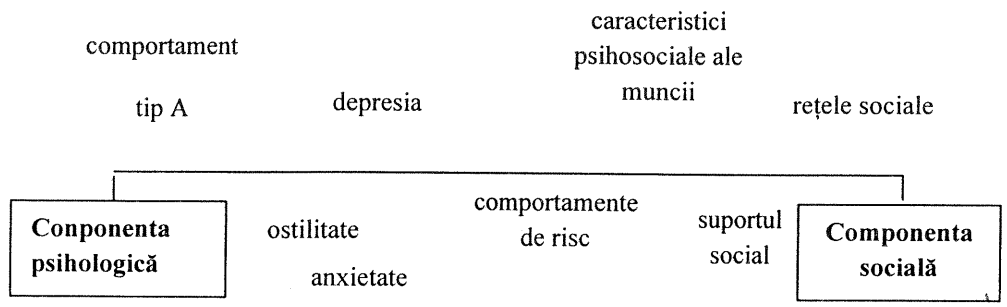
acumulată în ştiinţele comportamentale şi cele relaţionate cu acestea care sugerează concluzii opuse, în termeni de existenţă a influenţei factorilor psihosociali asupra procesului îmbolnăvirii (Baum, 1999; Cohen, 1996; Schneiderman, 2001 cf. Kratz şi McCeney, 2002). Aceste divergenţe de opinii între oamenii de ştiinţă comportamentalişti şi cei din comunitatea medicală duc la concluzia că o rezolvare informată a acestor viziuni opuse va depinde de o evaluare atentă a literaturii de cercetare existentă. S-a constatat, astfel, că există date conform cărora cercetătorii atribuie influenţa incidenţei şi gravităţii bolilor stilurilor în care oamenii fac atribuiri cu privire la sănătate sau boală, controlului personal ce intervine în derularea acestor procese. Aşadar, menţinerea stării de sănătate, realizarea bunăstării personale, dar şi îmbolnăvirea, depind într-o foarte mare măsură de *modul în care o persoană gândeşte*. De asemenea, o mare parte din date sugerează că recunoaşterea şi tratarea stresului psihosocial la pacienţi poate reduce, ulterior, morbiditatea şi mortalitatea în rândul acestor pacienţi. Asociaţi componentelor stresului psihosocial întâlnim şi alţi factori psihosociali cu rol în prevenirea, declanşarea sau combaterea bolilor.

Dar ce sunt factorii psihosociali asociaţi îmbolnăvirii? Factorii psihosociali pot fi definiţi ca reprezentând dimensiuni măsurabile ce se constituie în punţi ce relaţionează, între ele, fenomenele psihologice, mediul social şi modificările patologice. Factorii psihosociali pot acţiona asupra stării de sănătate izolaţi sau combinaţi, în mod direct sau indirect. Luându-se în considerare diferite căi de interrelaţionare a acestor factori, se poate constata că aceştia pot influenţa comportamentele relaţionate cu sănătatea cum ar fi fumatul, alimentaţia, consumul de alcool sau activitatea fizică care, la rândul lor, pot influenţa riscul de îmbolnăvire. În al doilea rând, factorii psihosociali pot cauza direct schimbări patologice acute sau cronice şi, în al treilea rând, sursele de suport social percepute de individ pot influenţa accesul la îngrijirea medicală sau la un anumit tip de îngrijire.

Cercetări ulterioare au încercat să evidenţieze modul în care factorii psihosociali pot cauza apariţia anumitor îmbolnăviri sau a modului în care aceştia pot influenţa supravieţuirea pacienţilor care au deja o boală. Astfel, în anul 1999, Hamingway şi Marmot, au cercetat, în mod sistematic, studiile prospective ce au testat ipoteze specifice ce relaţionau factori psihosociali de anumite îmbolnăviri. Pentru a investiga literatura ce făcea referire la factorii psihosociali cel mai riguros testaţi, autorii au folosit un filtru metodologic calitativ. În urma investigaţiilor, ei au concluzionat că doar patru categorii de factori psihosociali ar trece filtrul metodologic calitativ, acestea fiind trăsăturile psihologice (comportamentul de tip A, ostilitatea), tulburările emoţionale (depresia, anxietatea), aspectele psihosociale relaţionate cu activitatea profesională (controlul, nevoile şi sprijinul la locul de muncă) şi reţelele sociale sau suportul social. Un alt rezultat al investigaţiilor făcute de Hemingway şi Marmot vizează

faptul că studiile prospective realizate în populația sănătoasă au sugerat un posibil rol etiologic în apariția îmbolnăvirii pentru următorii factorii psihosociali: tipul A de personalitate/ostilitatea (6 din 14 studii), depresia şi anxietatea (11 din 11 studii), caracteristicile psihosociale ale locului de muncă (6 din 10 studii) şi suportul social (5 din 8 studii) (Hamingway şi Marmot, 1999). Dacă ne-am imagina poziționarea acestor factori psihosociali pe un continuum ce conține în principal componente psihologice la o extremă şi o puternică componentă socială la cealaltă extremă, ar rezulta distribuirea factorilor psihosociali ce au influență asupra stării de sănătate, aşa cum este aceea din Figura 3 (Mardare, 2007).

***Figura 3.* Factori psihosociali cu impact asupra stării de sănătate**



Conform altor date rezultate în urma investigațiilor făcute de Hemingway şi Marmot, studiile prospective realizate în populația de pacienți cu boli coronariene au arătat că factorii psihosociali cu rol prognostic evidențiați au fost: depresia şi anxietatea (6 din 6 studii), caracteristicile psihosociale ale locului de muncă (1 din 2 studii) şi suportul social (9 din 10 studii). De remarcat este faptul că nici unul din cele cinci studii realizate în scopul de a evidenția un rol prognostic pentru tipul A de personalitate/ostilitate nu a avut rezultate concludente (Hamingway şi Marmot, 1999).

Studiul longitudinal *The Framingham Heart Study*, realizat în 1980, a analizat la femei factorii psihosociali de risc pentru apariția unei boli coronariane. Participantele la studiu au fost monitorizate timp de 20 de ani, timp în care au fost evaluați factorii de risc specifici femeilor care au dezvoltat o boală coronariană. După ce au controlat factorii de risc biologici standard, cercetătorii au descoperit că starea de tensiune psihică a femeilor, precum şi frecvența redusă a vacanțelor în rândul acestora au fost factori predictivi independenți ai deceselor prin boli coronariene. Astfel, factorii predictivi ai dezvoltării bolii coronariene au fost întâlniți în rândul femeilor casnice (grupul cel mai predispus să fie afectat de factorii de risc psihosociali), al femeilor singure şi al celor care amânau luarea vacanțelor (Nezu et al., 2003).

Cât privește mecanismele ce explică asocierea factorilor psihosociali de bolile coronariene se poate remarca faptul că studierea factorilor psihosociali ce mențin şi promovează sănătatea cardiovasculară şi care au capacitatea de a contracara sau chiar preveni efectele distructive ale stresului psihosocial a devenit o arie de cercetare de sine stătătoare doar de puțin timp. De exemplu, deşi pacienții cu IMA şi familiile acestora sunt convinşi de legăturile apropiate dintre emoții şi inimile lor, doar în ultimii 15 ani s-au acumulat date semnificative ce arată că există o interacțiune între inimă şi creier care influențează prognosticul postIMA. Începând cu anii 80, a existat o continuă creştere a numărului cercetărilor ce atestă că factorii psihosociali influențează prognosticul după un IMA. Dincolo de consistența acestor rezultate, acceptarea de către lumea medicală a importanței factorilor psihosociali în situația post IMA a fost limitată de anumite considerații. Una dintre acestea a vizat faptul că toate datele din cercetări au fost bazate pe analize secundare de date, datele inițiale fiind culese pentru a testa alte ipoteze. O altă obiecție a fost aceea că studiile au fost realizate cu grupuri specifice de pacienți cu IMA (de exemplu, pacienți cu aritmii semnificative, pacienți bărbați sau pacienți cu vârste sub 65 de ani). O altă considerație vizează faptul că, dincolo de riscul îmbolnăvirii asociat cu diferiți factori psihosociali, implicațiile asupra tratamentului nu sunt clare, deoarece intervențiile asupra stresorilor vieții cotidiene, distresului psihologic sau a izolării sociale nu sunt recunoscute.

Un rol important în evidențierea şi analizarea acestor tipuri de factori îl au şi sociologii care au fost şi rămân contributori importanți la cercetarea factorilor psihosociali implicați în starea de boală, în mod particular a factorilor sociali de risc pentru bunăstarea şi sănătatea mentală (Cockerham, Glasser şi Heuser, 1998). Conform studiilor sociologice, datele existente în acest moment stabilesc clar o puternică asociere între condițiile psihosociale şi boală. Dincolo de aceste evidențe, sociologii, psihologii sociali sau epidemiologii sociali trebuie să cerceteze în mod susținut aceste aspecte, dincolo de descrierea pattern-ului social al bolii. Progrese importante în stabilirea unui rol cauzal pentru factorii sociali s-au centrat pe două aspecte majore: direcția cauzalității dintre condițiile sociale şi starea de sănătate şi mecanismele ce explică asocierile observate (Cockerham, Glasser şi Heuser, 1998). Cu privire la direcția cauzalității, au apărut numeroase controverse în jurul anumitor relații dintre condițiile sociale şi starea de sănătate. Astfel de controverse se referă, de exemplu, la faptul că SSE scăzut cauzează o stare de sănătate precară sau starea de sănătate precară cauzează reducerea mobilității sociale sau suportul social reduce mortalitatea şi morbiditatea sau îmbolnăvirea restricționează interacțiunile sociale şi astfel, conduc la suportul social deficitar?

În România, cercetări care să evidențieze rolul factorilor psihosociali în situații de îmbolnăvire au fost realizate, până de curând, într-un număr foarte mic.

Una dintre aceste cercetări recente a vizat, printre altele, evidențierea factorilor psihosociali asociați infecției cu HIV/SIDA la adolescenții din Romania (Mardare, 2007).

2.2. Tipologia şi analiza factorilor psihosociali asociați bolii cardiace

Printre factorii psihosociali relaționați cu apariția bolii cardiace pot fi amintiți tipul A de personalitate, localizarea controlului ca resursă personală, statusul socioeconomic (ce cuprinde ocupația, nivelul de instruire şi venitul câştigat), depresia şi anxietatea, stresul acut şi cronic, rețeaua socială şi suportul social (având ca surse principale familia, prietenii, colegii etc.), suportul social perceput (de tip emoțional, material sau informațional), factorii ocupaționali de risc şi factori ce țin de accesul şi funcționarea sistemelor de servicii de sănătate (medicale şi sociale). În cadrul organizațiilor furnizoare de servicii medicale şi/sau sociale apar şi factori precum calitatea serviciilor furnizate, relațiile beneficiari-furnizori, drepturile pacienților şi alte măsuri legislative, ca şi serviciile medico-sociale de la nivel comunitar şi instituțional.

2.2.1. Tipul A de personalitate

Identificat în anul 1959 în urma unor cercetări realizate de Friedman şi Rosenman, tipul A de personalitate este singura trăsătură de personalitate care, conform investigațiilor lui Hemingway şi Marmot din anul 1999, îndeplineşte criteriile de analiză a asocierii cu boala cardiacă. Tipul A de personalitate asociat apariției evenimentelor cardiace defineşte o persoană ca fiind predispusă la perfecționism, la obsesia trecerii timpului sau la furie şi este caracterizat printr-un comportament competitiv, printr-un potențial pentru ostilitate, neliniște accentuată şi stil de vorbire rapid. Comparativ cu o persoană non A, persoana de tip A poate interpreta multe situații ca fiind amenințătoare sau intolerabile, reacționează într-un mod stresant în fața multor evenimente, munceşte extrem de mult, epuizându-şi resursele, are relații conflictuale cu colegii săi, cu membrii familiei sale, este ambițioasă, extrem de activă, deseori ostilă, agresivă, are o nevoie puternică de a controla lumea din jurul său, se angajează simultan în mai multe activități, are sentimentul că lucrurile pe care le are de făcut sunt urgente, chiar şi atunci când e în timpul liber sau în vacanțe şi e incapabilă să se relaxeze şi să se odihnească suficient. Inactivitatea este percepută de această persoană ca fiind „pierdere de vreme". Astfel, susceptibilitatea persoanelor de tip A la bolile cardiace este o consecință a percepțiilor şi credințelor lor cu privire la evenimentele sociale (Weber, 1992).

Referindu-ne la modalitățile de măsurare a acestui tip de personalitate, s-a descoperit că tipul A poate fi măsurat fie cu ajutorul chestionarelor fie, mai eficient, prin interviuri ce pot evidenția componentele nonverbale ale acestui tip de personalitate. În scopul de a a măsura comportamentul de tip A, Friedman şi Rosenman au realizat în anul 1974 un ghid de interviu structurat, bazat pe comportamentele observabile şi pe maniera în care subiecții răspundeau la întrebări. Aplicarea acestui interviu obiectiv, în contrast cu scalele utilizate anterior, ce se centrau pe autoraportarea subiecților cu privire la comportamentul lor, a arătat o asociere puternică a riscului de a dezvolta o boală coronariană la pacienții care aveau un tip A de personalitate (Matthews şi Haynes, 1986).

Interesul pentru studiul comportamentului de tip A a crescut după *Western Collaborative Group Study,* studiu ce a analizat, timp de 8 ani şi jumătate, 3000 de bărbați şi în urma căruia cercetătorii au descoperit că tipul A poate fi asociat cu o creştere de două ori a riscului de a face o boală coronariană şi o creştere de cinci ori a riscului de a face IMA (Rosenman et al., 1975). În anul 1980, Haynes, Feinleib şi Kannel, autorii studiului *Framingham Heart Study*, au descoperit că tipul A de comportament este un predictor al bolii coronariene la bărbații cu funcții de conducere şi la femeile care muncesc în afara casei.

Cu toate acestea, au existat şi studii care au arătat rezultate contrare celor descoperite până atunci. Astfel, într-un studiu realizat 10 ani mai târziu, măsurând comportamentul de tip A la peste 3000 de participanți monitorizați timp de 7 ani, cercetătorii Shekelle, Hulley şi Neaton nu au găsit nicio relație între modelul comportamental şi incidența primului atac de inimă, punând la îndoială validitatea studiilor inițiale ce au relaționat comportamentul de tip A de boala coronariană (Nezu et al., 2003).

În urma altui studiu realizat în anul 1988, Matthews afirma că studiile prospective recente au arătat că tipul A nu prezice decesul prin atac cardiac, în schimb arăta faptul că ostilitatea şi anxietatea sunt factori predictori ai bolii cardiace. În anul 1989, Dembroski şi colaboratorii săi, în studiul *The Multiple Risk Factor Intervention Trial*, nu au găsit comportamentul de tip A ca fiind predictiv pentru boala coronariană, ci au evidențiat doar o asociere între ostilitate şi riscul de a face o boală coronariană (Nezu et al., 2003). A urmat, aşadar, o serie de studii ce analizat relația dintre ostilitate şi riscul de a face o boală cardiacă. Ostilitatea cinică face referire la furie, suspiciune, neîncredere în ceilalți şi resentimente, persoanele ostile şi defensive aflându-se la risc de a face o boală coronariană, deoarece acestea manifestă o reactivitate fiziologică mai mare ca răspuns la stresori.

Cercetătorii au evidențiat diferența dintre experimentarea ostilității, un proces subiectiv, incluzând emoții de furie sau gânduri cinice şi exprimarea ostilității, o componentă observabilă care include acțiuni de agresiune verbală sau fizică (Siegman, 1994). În 1996, Miller, Smith şi Turner au descoperit că

aspectele expresive ale ostilității sunt corelate cu boala coronariană, chiar și după controlul altor factori de risc (Nezu et al., 2003).

O altă analiză referitoare la genul participanților la studiile privind etiologia bolilor cardiace a relevat faptul că bărbații au un risc mai mare atunci când sunt evaluați factorii de risc psihosociali în asociere cu apariția bolii cardiace. Astfel, s-a constatat că ei înregistrează un scor mai înalt în ceea ce privește prezența comportamentelor de tip A și a ostilității comparativ cu femeile. Aceste atribute s-a concluzionat că sunt caracteristice rolului de gen masculin, fiind asociate, deseori, cu anumite comportamente de risc cum ar fi fumatul sau consumul excesiv de alcool.

2.2.2. Localizarea controlului ca resursă personală

Localizarea controlului este un factor psihosocial important în evaluarea resurselor personale ce au rol în prevenirea sau combaterea distresului psihosocial asociat îmbolnăvirii prin boli cardiace. Acest sentiment al controlului personal apare în literatura de specialitate într-un număr de forme variate, cu denumiri precum localizarea controlului, eficiență personală, autonomie personală, autodirecționare sau stăpânire (Pearlin, 1995).

Utilizând conceptul de localizare a controlului constatăm, așadar, că, în funcție de sensul controlului lor, persoanele pot deține un control perceput ca fiind îndreptat spre ele însele sau unul îndreptat spre forțele exterioare care le influențează acțiunile. Atunci când o persoană percepe lipsa sa de putere sau un control redus asupra acțiunilor sale, atunci aceasta poate considera că acțiunile sale nu îi vor influența rezultatele sau performanțele și că rezultatele sale sunt determinate de forțe exterioare (puterea altora, norocul, destinul, șansa etc). Așadar, *externaliștii*, cei percepuți ca având o localizare externă a controlului, cred că forțele exterioare îi influențează în modalități care nu pot fi prevenite sau schimbate. În consecință, *externaliștii* depun puțin efort pentru a influența acțiunile și rezultatele acțiunilor lor. Opusă acestei percepții, credința în puterea controlului personal devine o așteptare învățată conform căreia rezultatele și performanțele unei persoane sunt corelate cu alegerile și acțiunile sale, aceasta putând controla, conduce și modifica eficient caracteristici ale mediul său. Așadar, în contrast cu *externaliștii*, oamenii care cred că pot controla ei înșiși experiențele și rezultatele lor sunt percepuți ca având o localizare internă a controlului. Aceștia, considerați *internaliști*, cred că propriile lor schimbări pot face diferența și muncesc din greu pentru a acționa în propriile lor interese (Weber,1992).

Sentimentul controlului asupra vieții sale se poate constitui pentru un individ ca fiind o punte între educație și starea sa de sănătate. Educația, alături de activitatea profesională și venit, are rolul de a promova și intensifica sentimentul

controlului personal (Pearlin, 1995). Educația dezvoltă abilitățile de a obține și de a interpreta informațiile, precum și pe cele de a rezolva probleme. Astfel, percepțiile și credințele care stau la baza formării sensului controlului unei persoane se formează prin educație, prin aceasta o persoană putând să-și dezvolte capacitățile ce cresc sentimentul controlului personal sau autodirecționarea. În contrast, oamenii cu niveluri scăzute de educație, care au oportunități reduse de angajare, învață, deseori, că viața lor e construită pe eșec. Prin intermediul experiențelor lor sau ale altora, ei ajung să perceapă că persoanele mai influente și că forțele impredictibile le controlează viața și că, oricât de mult ar încerca, nu pot face altceva și nu pot schimba lucrurile. Asociat stării de sănătate, sentimentul unui control personal asupra acesteia produce îmbunătățiri ale stării de sănătate, în primul rând prin inițierea unor comportamente sănătoase. Oamenii cu un control personal ridicat sunt mai informați cu privire la sănătate, sunt mai dispuși să adopte comportamente preventive, cum ar fi renunțarea la fumat sau reducerea consumului de alcool și, ca o consecință, raportează o stare de sănătate mai bună și mai puține îmbolnăviri decât cei care au sentiment redus al controlului personal în influențarea stării lor de sănătate. De asemenea, Rodin și Timko au afirmat, în 1992, că un control personal redus poate afecta starea de sănătate prin intermediul mecanismelor fiziologice ce intervin atunci când experiențele lipsei de control și demoralizarea ce rezultă din acestea sunt asociate cu afectarea negativă a sistemului imunitar, făcând organismul mai susceptibil la îmbolnăvire (Cockerham et al., 1998).

Cercetări recente au arătat că pacienții cu boli cardiace, cancer sau HIV/SIDA se adaptează mai bine din punct de vedere emoțional, atunci când ei consideră că pot influența evoluția bolii de care suferă (Thompson et al., 1993 cf. Brehm, Kassin și Fein, 2002).

2.2.3. Depresia și anxietatea

Depresia și anxietatea sunt cei mai studiați factori psihosociali de ordin emoțional care au impact asupra atât asupra stării de sănătate în general, cât și asupra evoluției bolii cardiace. Depresia clinică poate fi diagnosticată atunci când un pacient experimentează supărarea sau pierderea interesului sau plăcerii în cele mai multe activități obișnuite ale vieții sale care interferează, deseori, cu activitățile sale personale, ocupaționale sau sociale. Alte simptome ale depresiei pot fi dificultățile legate de somn, pierderea poftei de mâncare, scăderea în greutate și prezența, deseori, a gândurilor de suicid (American Psychology Association, 1994). La o primă vedere, diferențele de gen în ceea ce privește depresia și anxietatea par să favorizeze bărbații, la aceștia depresia fiind mai puțin

întâlnită. În cele mai multe studii, femeile au fost subiecții care au raportat mai multe emoții negative, printre care și depresia. Cu toate acestea, deși femeile au raportat mai multe depresii comparativ cu bărbații, ele par a se adapta mai eficient. Este cunoscut faptul că, în general, bărbații sunt mai predispuși să folosească în situațiile solicitante ca strategii de coping pe cele de evitare a situațiilor sau pe cele care reduc tensiunea emoțională de tipul negării sau adoptării unor comportamente nesănătoase (fumat, consum de alcool, de droguri etc), în timp ce femeile sunt mai predispuse să se angajeze în strategii de coping preventive, acordând atenție stresorilor și consecințelor lor psihologice și somatice.

Conform investigațiilor realizate de Hemingway și Marmot în 1999, relația dintre depresie, anxietate și boala coronariană este catalogată ca fiind una specială, comparativ cu relațiile dintre ceilalți factori psihosociali și boala coronariană. O explicație pentru această aserțiune ar fi aceea că, spre deosebire de alți factori psihosociali, depresia și anxietatea reprezintă tulburări bine definite, care pot fi măsurate cu instrumente standardizate. Un alt motiv, dincolo de faptul că depresia și anxietatea reprezintă consecințe obișnuite ale bolilor coronariene, iar probabilitatea de a diagnostica și trata astfel de tulburări, în prezent, le fac să fie puncte de atracție pentru intervenția psihosocială, ar fi acela că depresia și boala coronariană pot avea antecedente comune, de exemplu anumiți stresori din mediu sau percepția suportului social existent.

Deși există puține date epidemiologice care să ateste că depresia determină dezvoltarea unor boli coronariene, există suficiente date care arată că depresia este o consecință des întâlnită în rândul populației bolnavilor coronarieni. Astfel, dacă depresia se găsește la aproximativ 6% din populația generală, incidența acesteia în rândul populației bolnavilor coronarieni este cuprinsă între 16 și 25 % (Frasure-Smith, Lesperance și Talajic, 1996). Așadar, aproximativ unul din cinci pacienți cardiaci pot fi diagnosticați cu semne și simptome ale depresiei clinice.

IMA, una dintre cele mai întâlnite boli coronariene, este un eveniment neașteptat, privit deseori ca pe un eveniment ce amenință viața, mulți pacienți experimentând niveluri ridicate ale anxietății și depresiei după îmbolnăvire. Studiul condus de Frasure-Smith, Lesperance și Talajic în 1993 a analizat în grupul unor pacienți diagnosticați cu IMA prezența unor tulburări emoționale de tipul depresiei, furiei și anxietății. În urma analizelor efectuate, cercetătorii au concluzionat că atât depresia, cât și anxietatea s-au dovedit a fi predictori semnificativi ai evenimentelor cardiace, împărțite în evenimente trombogenetice (infarct sau angină instabilă) și evenimente aritmice. Astfel, s-a constatat că anxietatea și prezența în trecut a depresiei au fost asociate cu evenimente trombogenetice, în timp ce depresia și furia au fost asociate cu evenimente aritmice. Emoțiile negative de tipul anxietății sau depresiei au fost, de asemenea, relaționate cu un prognostic mai prost odată ce boala a fost instalată. În anii 70,

odată cu apariția unităților de supraveghere a coronarienilor (USC) și a monitorizării electrocardiografice continue, a fost propus un model psihologic care să relaționeaze răspunsurile emoționale de evoluția IMA. Acest model sugerează că în timpul perioadei inițiale a acestui eveniment critic și amenințător la adresa vieții, pacienții experimentează 1-2 zile de anxietate puternică, urmată de 3-5 zile de depresie (Cassem și Hackett, 1991).

Studii mai recente sugerează că depresia influențează atât evoluția bolii, cât și recuperarea după o boala coronariană. Prezența depresiei la bolnavii coronarieni poate determina apariția unor efecte de ordin fiziologic, psihologic și social. În 1988, Carney afirma că pacienții cu boli cardiovasculare care aveau criterii pentru depresia majoră erau de 2,5 ori mai predispuși la a dezvolta o complicație cardiacă severă în următoarele 12 luni comparativ cu cei care nu aveau aceste criterii. De asemenea, Carney și colaboratorii săi au afirmat, în anul 1995, că prezența depresiei la pacienții coronarieni este asociată cu o reabilitare psihosocială deficitară și cu o creștere a morbidității medicale. De asemenea, în 1989, Schleifer și colegii săi au descoperit că pacienții depresivi au rate mai mari ale reinternărilor în spital și rate mai ridicate ale reinfarctizărilor comparativ cu pacienții nondepresivi (Nezu et al., 2003). Alte studii au asociat lipsa de speranță cu dezvoltarea și agravarea bolilor coronariene, subliniind faptul că absența speranței în rândul pacienților a fost identificată ca un posibil factor de risc pentru apariția complicațiilor post-îmbolnăvire (Anda et al., 1993 cf. Kratz și McCeney, 2002). De asemenea, se presupune că severitatea IMA și spitalizarea pot determina, ca reacție la emoțiile puternice generate de îmbolnăvire, un răspuns emoțional de negare. Se remarcă faptul că, în etapele timpurii ale recuperării după un IMA, negarea poate fi pozitivă, ea ajutând indivizii să reducă stresul emoțional asociat cu percepția că starea lor este una potențial fatală. Dincolo de aceste aspecte, însă, pe măsură ce pacienții progresează în recuperarea lor postIMA, negarea poate deveni dăunătoare, ei putând nega seriozitatea apariției bolii și putând renunța la a mai face schimbări în stilul lor de viață sau la a respecta recomandările terapeutice (Livneh, 1999).

În ceea ce privește distresul experimentat de un pacient, ca rezultat al IMA, este în mare măsură influențat de reacțiile psihologice individuale la atacul cardiac, dar și de reacțiile celor din jurul bolnavului. Natura de boală cu potențial mare de moarte subită pe care o are IMA, poate cauza o varietate de reacții în rândul membrilor familiei celui bolnav, reacții ce se pot răsfrânge asupra eficienței adaptării la această situația dificilă. Din cauza anxietății ridicate determinată de posibilitatea producerii unui nou IM, membrii familiei pot supraproteja bolnavul, blocând astfel revenirea acestuia la deplina sa capacitate funcțională. Uneori se poate întâmpla ca membrii apropiați ai familiei să fie chiar mai stresați decât pacientul în perioada de debut al bolii, în timpul în care pacientul este internat în spital. De asemenea, insistențele cu care membrii

familiei cred că bolnavul contribuie la agravarea stării sale prin implicarea în comportamente recunoscute ca factori de risc pentru boala cardiacă (fumat, dietă nesănătoasă, obezitate) pot influența relațiile interpersonale dintre aceştia. Membrii familiei pot exprima furie, resentimente, frustrare sau chiar blamarea bolnavilor pentru comportamentul lor.

Alte studii au analizat readaptarea bolnavilor cu IM la viața sexuală după ieşirea din spital, care, deseori, apare ca fiind problematică. Este cunoscut faptul că depresia şi stima de sine scăzută pot determina disfuncții sexuale la pacienții coronarieni, în acelaşi timp anumite medicamente administrate după un IM putând afecta funcția sexuală. De asemenea, bolnavii şi/sau partenerii lor pot deveni anxioşi în legătură cu reimplicarea în activitatea sexuală după un atac cardiac, ei trăind deseori sentimentul de teamă că activitatea sexuală este prea stresantă şi că aceasta poate declanşa apariția unui nou atac cardiac sau o posibilă moarte subită. Educația şi consilierea adecvată a acestor pacienți şi a familiilor lor sunt intervenții psihosociale necesare pentru a-i ajuta să rezolve aceste temeri (Falvo, 2005).

Alți cercetători au evidențiat faptul că simptomele depresive ce urmează unui IM sunt asociate cu o creştere de 4-5 ori a riscului de mortalitate prin boală cardiacă (Frasure-Smith, Lesperance şi Talajic, 1993). Aşadar, depresia postIM este asociată cu rate mai ridicate ale mortalității. Într-un studiu realizat pe 222 de pacienți cu IM, pacienții depresivi erau de peste 3 ori mai predispuşi să moară în următoarele 18 luni, comparativ cu pacienții nondepresivi. Aceasta a rămas valabil chiar şi după ce alți factori, precum gravitatea bolii, au fost controlați (Nezu et al., 2003).

În acelaşi timp, au fost evidențiate şi mecanismele care pot explica legătura dintre depresie şi mortalitatea în rândul pacienților coronarieni. Astfel, se presupune că indivizii cu depresie sunt mai predispuşi la a se angaja în comportamente relaționate cu riscul, cum ar fi fumatul sau activitatea fizică redusă (Carney et al., 1995). De asemenea, pacienții cardiaci depresivi sunt mai puțin predispuşi să adere la terapia medicamentoasă şi la regimul de exerciții fizice recomandat de medici. Amick şi Ockene (1994) cred că o complianță scăzută poate fi, deseori, atribuită unei rețele sociale nesuportive. S-a constatat că pacienții izolați social erau mai predispuşi să moară în perioada postIM.

Acestea şi alte studii i-au determinat pe reprezentanții comunității medicale să eticheteze depresia ca fiind cel mai prevalent şi relevant factor epidemiologic psihosocial de risc pentru boala cardiovasculară (Wulsin, Villant şi Wells, 1999 cf. Nezu et al., 2003).

În ceea ce priveşte anxietatea, câteva studii populaționale au demonstrat existența unei relații între nivelele ridicate ale anxietății şi o creştere a incidenței bolilor cardiace. *The Normative Aging Study* realizat timp de 32 de ani pe un eşantion de 2271 de bărbați a descoperit că bărbații care au raportat două sau mai

multe simptome ale anxietății au fost de 3 ori mai predispuşi să aibă un eveniment coronarian fatal comparativ cu bărbații fără simptome ale anxietății (Kawachi et al., 1996).

Angina pectorală şi anxietatea cauzată de frica unui potențial atac cardiac sau deces, pot limita capacitatea unui individ de a participa la o serie de activități, el putând experimenta în această situație o stimă de sine scăzută şi depresie. De asemenea, anxietatea excesivă determinată de posibilitatea apariției aritmiilor cardiace poate deveni dizabilizantă, imobilizând indivizii şi făcându-i să renunțe la activitățile şi sarcinile zilnice normale. În acest timp, indivizii pot dezvolta depresii cronice, care pot interfera cu capacitatea lor de a se integra pe plan social (Frasure-Smith, Lesperance şi Talajic, 1995). Şi aritmiile cardiace pot fi însoțite de depresie şi anxietate. Impactul psihosocial al aritmiei poate fi semnificativ. Având teama apariției unei potențiale aritmii fatale, bolnavii pot renunța la multe activități relaționate atât cu munca, cât şi cu timpul liber. În multe situații, frica şi anxietatea pot fi mai destabilizatoare decât aritmia în sine.

Bolnavii cu insuficiență cardiacă pot experimenta şi ei depresia şi anxietatea în relație cu prezentul, dar şi cu viitorul lor. Simptomele de respirație scurtă, amețelile, edemele extremităților pot limita sever activitățile şi pot creşte dependența de alții, ceea ce poate scădea stima de sine a pacientului. Şi cum insuficiența cardiacă este frecvent rezultatul pierderii graduale a funcției inimii, indivizii trăiesc, de asemenea, cu credința că starea lor se poate transforma oricând în dizabilitate şi moarte (Falvo, 2005). Măsura în care bolnavii sunt capabili să continue să funcționeze în mediul lor social depinde de severitatea simptomelor şi de natura activităților impuse de adaptarea la acel mediu social.

Starea psihică a bolnavului, mai ales în situația în care boala este cronică, şi, deseori, însoțită de o dezintegrare din mediul profesional şi social, devine tulburată şi însoțită de reacții emoționale cu conținut depresiv sau anxiogen. Printre posibilele efecte ale inadaptării pacienților la boala cardiacă pot apărea izolarea socială, dezorganizarea familiei, violența, comportamentele deviante, modificarea situației profesionale şi sociale a celor aflați în nevoie.

Alte studii arată că pacienții depresivi şi cei anxioşi au o dificultate mai mare în a adopta comportamente sănătoase ale stilului de viață. Pacienții depresivi cu boli cardiace raportează rate mai mari ale fumatului, comparativ cu pacienții cardiaci nondepresivi (Littman, 1993). La pacienții cardiaci care se află în faza de reabilitare, anxietatea, depresia şi abilitățile de coping predicționează activitatea de petrecere a timpului liber şi renunțarea la fumat la un 1 an de monitorizare (Guiry et al., 1987).

2.2.4. Comportamentele dăunătoare sănătății

Factorii comportamentali care pot influența starea de sănătate pot fi, pe de o parte, comportamente autodistructive prin creare de dependențe, prin ceea ce oamenii fac (de exemplu, fumatul, consumul excesiv de alcool şi/sau droguri, alimentația nesănătoasă etc.) sau, pe de altă parte, comportamente cu grad mare de risc cauzat de ceea ce nu se face (de exemplu, lipsa activității şi a exercițiilor fizice, sedentarismul, practicarea sexului neprotejat, nepurtarea centurii de siguranță etc.) (Argyle, 1992).

Printre factorii comportamentali de risc asociați bolii cardiace în diferite etape ale evoluției sale au fost incluşi fumatul, consumul de alcool, obezitatea şi sedentarismul. În urma cercetărilor s-a constatat că, pentru a reduce riscul apariției sau agravării bolii coronariene, factori precum fumatul, obezitatea, stilul de viață sedentar, hipertensiunea arterială, diabetul sau nivelurile ridicate de colesterol pot fi modificați sau cel puțin controlați prin medicație sau schimbări comportamentale.

Dintre factorii comportamentali implicați în riscul de face sau de a complica o boală cardiacă fumatul este considerat a fi principalul factor de risc evitabil. În urma rezultatelor studiilor epidemiologice prospective realizate în anii 50, a rezultat cu claritate că persoanele care fumează au un risc de aproximativ două ori mai mare de a face o boală coronariană comparativ cu cele care nu fumează (Labarthe, 1998). S-a constatat, de asemenea, că renunțarea la fumat face ca riscul de a face o boală coronariană să se reducă şi, după 10 ani, acesta să revină la nivelul celui avut de nefumători. Astfel, incidența atacurilor de inimă este relaționată direct cu numărul de țigări fumate, în timp ce fumatul poate afecta alți factori de risc de apariție sau agravare a bolii cardiace: creşterea nivelului colesterolului, creşterea ritmului cardiac sau creşterea valorilor presiunii arteriale.

Un alt comportament considerat ca având un rol important în prevenirea/evoluția şi combaterea bolilor cardiace precum şi în procesul aterosclerozei este comportamentul alimentar. Studiul Framingham, realizat în anul 1994 arăta existența unui risc de 2-3 ori mai mare de dezvoltare a bolii coronariene la populația obeză şi la populația supraponderală comparativ cu populația normoponderală. Printre caracteristicile alimentației care au fost asociate riscului de a face o boală coronariană au fost incluse consumul de alcool, alimentația bogată în grăsimi saturate şi consumul redus de antioxidanți. S-a constatat, astfel, că un consum moderat de alcool are un rol protector în prevenirea bolilor coronariene, în timp ce consumatorii unor cantități mari de alcool înregistrează, deseori, rate ridicate ale îmbolnăvirii prin boli coronariene. În acelaşi timp, rezultatele studiului au arătat o asociere semnificativă între rata mortalității prin boli coronariene şi consumul de grăsimi saturate. De asemenea, consumul de antioxidanți a fost asociat unui risc semnificativ mai redus de a dezvolta o boală coronariană.

În sfârşit, lipsa constantă a exercițiilor fizice este considerată un factor de risc important în generarea bolilor cardiovasculare. Studiile arată că riscul de a dezvolta o boală coronariană se dublează în cazul persoanelor inactive, comparativ cu persoanele care desfăşoară o activitate fizică susținută. Mai mult decât atât, s-a constatat că obezitatea şi lipsa exercițiilor fizice agravează alți factori care, la rândul lor, devin factori determinanți ai bolilor cardiace (de exemplu, HTA, nivelul ridicat al colesterolului şi diabetul) (Hennekens, 1998 cf. Labarthe, 1998).

Un studiu realizat pe un eşantion de 3809 de americani de origine japoneză care locuiau în California a clasificat subiecții în acord cu gradul în care ei şi-au păstrat valorile şi cultura tradiționale japoneze (Marmot şi Syme, 1976). Astfel, s-a constatat că grupul cu nivelul de cultură cel mai ridicat, cel care a păstrat tradiția japoneză avea acelaşi risc de a face o boală coronariană cu cel identificat la populația din Japonia, în timp ce grupul de californieni de origine japoneză cel mai aculturat avea o creştere a prevalenței bolii coronariene de 3 ori mai mare. De unde concluzia că anumite comportamente şi obiceiuri sănătoase transmise prin socializare pot conduce la reducerea riscului cardiovascular.

2.2.5. Stresul social şi suportul social – factori psihosociali implicați în evoluția bolii cardiace

Studii recente oferă date clare şi convingătoare cu privire la faptul că factorii psihosociali contribuie semnificativ la evoluția bolii cardiace. Încercând să realizeze o contextualizare a factorilor psihosociali asociați bolii cardiace, sociologii au început să ia în calcul paradigma stresului social. În acest context se remarcă faptul că, în timp ce există sute, dacă nu mii de studii ce stabilesc relații între circumstanțele stresante şi efectele acestora asupra stării de sănătate (Turner şi Marino, 1994), există încă puține date descriptive cu privire la originile sociale ale circumstanțelor stresante (Smith, 1992 cf. Cockerham, 1998).

S-a constatat ca, principalii factori psihosociali de risc identificați ca fiind asociați evoluției bolii cardiace sunt depresia, anxietatea, factorii de personalitate şi trăsăturile de caracter, izolarea socială şi stresurile cronice de viață (Rozanski, Blumenthal şi Kaplan, 1999). Astfel, anumiți stresori cronici din mediul social, incluzând izolarea, suportul social scăzut şi resursele economice şi sociale reduse pot creşte riscul unui individ de a dezvolta o boală coronariană.

Stresul psihosocial cronic poate conduce, prin mecanisme ce implică o activare excesivă a sistemului nervos simpatic, la accelerarea procesului de ateroscleroză ce afectează vasele coronare, dar şi la leziuni şi necroze ale acestora. Cei mai studiați stresori cronici asociați bolii cardiace au fost cei relaționați cu mediul profesional. Tensiunea şi conflictele intra şi interroluri de la locul de muncă, lipsa controlului, posibilitatea redusă de luare a deciziilor, precum şi

suprasolicitarea au fost factori stresanți asociați îmbolnăvirii prin boli cardiace. Un studiu prospectiv realizat în anul 1928, în rândul bărbaților, a concluzionat, după 6 ani de monitorizare a relației stresori-boala cardiacă, că există o creştere de 4 ori a riscului cardiovascular în cazul existenței suprasolicitării de rol de la locul de muncă. Cercetări mai recente au evidențiat faptul că stresul profesional este o consecință a suprasolicitărilor şi a lipsei recompenselor de la locul de muncă (Siegrist et al., 1990). Din cauza faptului că multe studii observaționale au sugerat evenimente stresante în perioada ce a precedat apariția unui IMA, interesul a fost centrat pe o potențială patogenitate a stresului "subacut" al vieții, definit ca fiind o acumulare a evenimentelor de viață stresante în decursul a câteva luni. Holmes şi Rahe au fost printre primii cercetători care au încercat cuantificarea relației dintre stresul psihosocial şi boala cardiacă, elaborând un chestionar ce evaluează evenimentele de viață ce au precedat, pe o perioadă limitată, o boală cardiacă. Detalii cu privire la teoriile ce asociază stresul psihosocial ca factor psihosocial bolilor cardiace vor fi analizate şi prezentate în capitolul 3.

În ceea ce priveşte suportul social, alt factor psihosocial asociat bolii cardiace, se remarcă faptul că, începând cu anii 70 studiile prospective ce analizează influența suportului social asupra evoluției bolii cardiace au fost inițiate din ce în ce mai des. Inițial, aceste studii s-au centrat pe aspectele cantitative ale suportului social (structura relațiilor intrafamiliale, numărul de prieteni, extinderea numărului de roluri asumate de o persoană care poate indica măsura integrării sale în rețelele sociale), fiind analizate influențele stresului marital asupra stării de sănătate sau fiind evaluate aspecte ce relaționează apariția bolii cardiace de cantitatea de suport material sau instrumental primită. Astfel, în încercarea de a evalua suportul social ca factor psihosocial implicat în starea de sănătate şi boală, unii cercetători au evaluat rolul angajării unui bolnav în relații maritale (evaluând statutul acestuia de persoană singură, căsătorită, separată sau divorțată), în timp ce alții s-au focalizat pe sprijinul social instrumental perceput de acesta, de tipul accesului la serviciile şi activitățile comunitare.

Un alt studiu a constatat că persoanele educate au niveluri mai ridicate de suport social comparativ cu persoanele puțin educate (Ross şi Mirowsky, 1989 cf. Feldman, 1985), că şomajul şi greutățile economice asociate cu un nivel redus al educației scad probabilitatea de a avea o soție/un soț suportiv şi cresc numărul conflictelor conjugale. Astfel, oamenii care au cea mai mare nevoie de suport social pentru a se adapta la pozițiile sociale dezavantajoase sunt cel mai puțin predispuşi să îl aibă.

O altă analiză referitoare la genul participanților la studiile privind etiologia bolilor cardiace a relevat faptul că bărbații raportează nu doar un suport social perceput mai redus comparativ cu femeile, dar ei par să aibă mai puține surse de suport, ceea ce poate determina dependența lor de o singură sursă. S-a constatat acest lucru şi în urma unei cercetări ce a inclus *The Male Aging and*

Women's Health Studies din Massachusetts care a analizat sursele de suport social oferit de soție, rude, prieteni şi colegi de serviciu printre femeile şi bărbații aflați la mijlocul vieții. Rezultatele identificate au relevat faptul că bărbații au fost de două ori mai predispuşi să numească soția sau partenera lor ca principala sursă de suport (65,5 %), comparativ cu femeile care au declarat ca sursă de suport soțul sau partenerul în procent de (26,4 %). Mai mult, 24,2 % dintre bărbați şi doar 6,1 % dintre femei au declarat că aceasta era singura lor sursă de suport. Aceste date pot explica, în parte, de ce sănătatea bărbaților este mai serios afectată de pierderea partenerului prin separare, divorț sau văduvie. În fine, bărbații au fost de două ori mai predispuşi să declare că nu au nici o sursă de suport (9,2%), comparativ cu femeile (4,3%) (New England Research Institutes, 1997).

Ulterior, în prim planul subiectelor de cercetare s-a remarcat natura calitativă a sistemului de suport social al unei persoane. Rezultatele acestor studii au subliniat relația de asociere dintre suportul social şi evenimentele cardiace. Un exemplu de astfel de studiu ar fi cel condus de Berkman şi colaboratorii săi care au observat o creştere de aproximativ trei ori a numărului evenimentelor cardiace neplăcute la pacienții cu IMA care au raportat un suport emoțional mai redus. Un alt studiu ce poate fi amintit este cel condus de Williams şi colegii săi, ale cărui rezultate arată o creştere de trei ori a mortalității în următorii 5 ani la pacienții cardiaci care erau necăsătoriți sau care nu aveau un confident important în viața lor.

Detalii cu privire la teoriile ce asociază suportul social ca factor psihosocial bolilor cardiace vor fi analizate şi prezentate în capitolul 4.

Capitolul 3

Stresul social şi boala cardiacă

3.1. Istoricul şi definirea conceptului de stres

Stresul este un termen utilizat de mulţi oameni de ştiinţă, dar şi de publicul larg, fiind, deseori, relaţionat cu starea de sănătate fizică sau psihologică. În ultimele decenii ale secolului al XX-lea, în ştiinţele medicale şi sociale termenul de stres s-a bucurat de o popularitate în creştere, numărul articolelor cu privire la stres şi la tulburările mentale crescând rapid.

Provenit din limba latină, termenul de *stres* a fost utilizat în limba engleză, încă de la începutul secolului al XIV-lea, în scopul de a descrie experienţa umană, în sensul de nedreptate, nenorocire, încurcătură sau durere (Lazarus şi Folkman, 1984). Mai târziu, în sec. XVIII-XIX, această utilizare generală a fost înlocuită de alte utilizări, mai specifice, ale termenului ce se refereau la *forţă, presiune, efort susţinut sau tensiune exercitată asupra unui obiect material sau asupra resurselor organice sau mentale ale unei persoane* (Hinkle, 1977 cf. Hobfoll, 1998).

Ulterior, la mijlocul anilor 20 ai secolului XX, Walter Cannon, un recunoscut fiziolog, în experimentele sale de laborator, a început să utilizeze termenul de *stres*, într-un sens cvasiştiinţific, cu referire la reacţia *luptă sau fugi*. Cannon propunea, în 1935, o primă definiţie a termenului de stres, focalizându-se pe ideea conform căreia trecerea peste un anumit nivel critic de stres, sub influenţa unor stimuli fizici şi emoţionali, poate pune în pericol homeostazia unui organism. La sfârşitul anilor 30 şi începutul anilor 40, Hans Selye, considerat părintele termenului de stres, a început să publice activitatea sa referitoare la modalităţile de răspuns ale animalelor de laborator la acţiunea unor stimuli solicitanţi sau „alarmişti" (Hinkle, 1977 cf. Hobfoll, 1998). Interesant este faptul că, deşi a publicat mult în această perioadă, termenul de *stres* nu a apărut în scrierile iniţiale ale lui Selye, din cauza faptului că acest termen nu avea o percepţie favorabilă în rândul opiniei publice din acea vreme. Selye foloseşte pentru prima dată termenul de *stres* în anul 1946, într-o lucrare în care a elaborat şi descris teoria sa cu privire la *sindromul general de adaptare* (S.G.A.) ca reacţie la *stres*. Ulterior, Selye publică *Stress* (1950) şi *The stress of Life* (1956), considerate pietre de temelie ale dezvoltării conceptelor sale. În aceste lucrări, Selye propune ca termenul de *stres* să fie folosit într-un sens nou, acela al *stresului sistemic*, definit de el ca fiind *situaţia în care se află un organism ca*

răspuns la stimulii exteriori, ulterior acestei situaţii stresul devenind suma tuturor efectelor nespecifice produse de factorii ce acţionează asupra corpului (Selye,1956, p. 42). Făcând apel la proprietatea acestor factori exteriori de a induce stresul, Selye i-a numit pe aceştia *stresori*.

Cei mai mulţi cercetători contemporani ai stresului recunosc rolul însemnat pe care Hans Selye l-a avut în popularizarea cercetărilor cu privire la stres. Aşa cum a sugerat sociologul Peggy Thoits (1983), generalizările teoretice ale lui Selye *au dat legitimitate şi impetuozitate atât studiilor cu privire la reacţiile la stimulii fizici exteriori, cât şi studiilor ce priveau stimulii psihosociali ca potenţiali stresori*. Dincolo de influenţa semnificativă a lui Selye asupra cercetării stresului, multe aspecte ale conceptualizării sale despre stres au rămas nelămurite. De exemplu, a fost criticată centrarea lui Selye pe răspunsurile fiziologice *nespecifice* ce apar sub acţiunea stresorilor (Thoits, 1983). S-a pus, astfel, la îndoială compatibilitatea dintre conceptul lui Selye şi conceptele stresului care au fost dezvoltate ulterior în ştiinţele sociale (Monat şi Lazarus, 1985). Conform acestor studii recente, „*caracteristica esenţială şi unică a răspunsului organismului viu la mediul său înconjurător nu este lipsa sa de specificitate, ci gradul său înalt de specificitate*" (Lazarus, 1977).

În anii '40 şi începutul anilor 50, în timp ce Selye îşi promova noile sale idei cu privire la stres, Harold G. Wolff, alături de alţi medici, au concluzionat că o varietate de boli sunt influenţate de *stresul vieţii* (Hinkle, 1977 cf. Hobfoll, 1998). La fel ca la Selye, conceptul de *stres* al lui Wolff a evoluat în timp. Wolff a văzut *stresul* ca pe o stare dinamică a organismului uman, ca pe un răspuns la o situaţie ce solicită adaptare, sugerând că, atâta timp cât viaţa însăşi presupune adaptare constantă, fiinţele vii se află, în mod continuu, într-o stare mai mult sau mai puţin stresantă. Deşi abordarea lui Wolff a avut o perspectivă fiziologică, biomedicală clară, ea s-a centrat pe importanţa percepţiei în cadrul fenomenului stresului, o noţiune care va fi dezvoltată ulterior în multe cercetări psihologice şi sociologice cu privire la stres (Cohen, 1992). Conform acestei viziuni, s-a stabilit că stresul ce apare într-o anumită situaţie se bazează, în mare parte, pe modul în care individul afectat percepe acea situaţie, percepţia depinzând de o multitudine de factori precum moştenirea genetică, nevoile şi dorinţele individului, influenţele din copilărie, influenţe culturale, precum şi numeroasele experienţe de viaţă. În plus, aşa cum subliniază cercetările sociologice recente cu privire la stres, Wolff afirma încă din 1953, că *atât timp cât oamenii nu pot fi analizaţi şi înţeleşi decât în contextul lor de viaţă, al scopurilor individuale şi în cadrul culturii lor, o orientare holistică este esenţială pentru studiul adecvat privind efectele stresului asupra oamenilor* (Wolff, 1953, p.36). Activitatea lui Wolff poate fi considerată un precursor a ceea ce Lazarus şi Cohen, în 1977, au ales să analizeze cu privire la natura stresogenă a *evenimentelor cotidiene de viaţă*, focalizarea acestora fiind, mai mult asupra reacţiilor oamenilor la stresorii persistenţi de intensitate redusă,

care fac parte din viaţa de zi cu zi, şi mai puţin asupra răspunsurilor la crizele majore de viaţă (Wolff, 1953).

Aşadar, începând cu anii 50, cercetarea stresului a cunoscut progrese remarcabile. Dezvoltarea rapidă a studiului stresului a început, în mod special, în anul 1967, când Holmes şi Rahe au publicat o scală de evaluare a readaptării sociale (Social Readjustment Rating Scale), o listă a schimbărilor majore de viaţă şi a numărului unităţilor de readaptare socială asociate acestor schimbări (Thoits, 1995).

La sfârşitul anilor 70, încep să se dezvolte şi alte metode de măsurare a stresului şi a impactului stresorilor asupra individului. Mai mult, în această perioadă, teoria stresului centrată pe stresori şi pe efectele stresului asupra individului, elaborată iniţial, ajunge în etapa luării în discuţie a factorilor ce mediază sau moderează efectele stresului asupra sănătăţii fizice şi mentale, factori precum suportul social sau strategiile de coping la stres (Thoits, 1995). Cu toate acestea, în ciuda numeroaselor cercetări cu privire la acest subiect, imaginea generală cu privire la încercările de a defini stresul a fost deseori descrisă ca fiind una care cuprinde unele confuzii şi controverse (Pearlin, 1982). Până în acest moment nimeni nu formulase, încă, o definiţie care să satisfacă majoritatea cercetătorilor stresului. De aceea, mult timp, termenul de *stres* a continuat să fie utilizat nu doar pentru a face referiri la condiţiile solicitante ambientale sau psihosociale, ci şi ca un substitut pentru ceea ce era etichetat drept anxietate, conflict, distres emoţional, tensiune, frustrare sau solicitare.

Aşadar, stresul este un proces prin care solicitările ambientale sau interne afectează sau depăşesc capacitatea de adaptare a unui organism rezultând, în urma percepţiei evenimentelor evaluate ca fiind ameninţătoare sau provocatoare, diverse schimbări biologice, psihologice şi sociale ce pot pune o persoană la risc de a se îmbolnăvi. Prin stres se înţelege orice eveniment care solicită adaptare fizică, psihologică sau socială, dar şi ansamblul situaţiilor externe care determină emoţii de disconfort şi tensiune, în condiţiile în care aceste situaţii sunt percepute ca fiind ameninţătoare sau frustrante sau ca depăşind capacităţile individului de a le face faţă acestora (Argyle, 1992). Se constată, astfel, că stresul nu este doar o stare obiectivă, ci şi o stare care depinde de percepţia şi interpretarea acestor condiţii externe sau interne de către individ, interpretare ce se referă atât la gravitatea percepută în legătură cu aceste condiţii, cât şi la măsura în care este individul este capabil să facă faţă acestor condiţii.

3.2. Perspective teoretice explicative cu privire la stres

Principalele teorii explicative cu privire la stres, teorii ce se focalizează pe relaţia specifică stabilită între solicitările externe (stresori) şi procesele

organismului pot fi grupate în trei categorii de abordări: abordarea sistemică a stresului bazată pe fiziologie şi psiho-biologie, avându-l ca fondator, printre alţii, pe Selye, în 1946; abordarea psihologică a stresului, dezvoltată în aria psihologiei cognitive (Lazarus şi Folkman, 1984) şi abordarea sociologică a stresului social (Pearlin, 1989; Thoits, 1995). Aceste categorii au fost înlocuite mai târziu cu viziunea conform căreia există trei perspective de abordare a stresului: perspectiva bazată pe răspunsul la stres (abordarea medicală), perspectiva bazată pe procesele cognitive, de evaluare şi interpretare a stresorilor (abordarea psihologică) şi perspectiva bazată pe stimulii, stresorii sau cauzele din mediul social (abordarea sociologică) (Nezu et al., 2003).

3.2.1. Abordarea medicală a stresului sau abordarea centrată pe răspuns

În ştiinţele biomedicale, prin stres se înţelege, în general, răspunsul organismului la o stimulare adversă. Astfel, dacă o persoană spune că *se simte stresată*, ea se referă la răspunsul apărut în contextul anumitor situaţii adverse de viaţă, focalizarea fiind pe modul în care organismul său reacţionează la respectivele situaţii. În medicină şi biologie, de-a lungul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea, *stresul* a fost analizat (într-un sens neştiinţific) ca fiind o cauză a îmbolnăvirii prin boli fizice şi mentale (Hinkle, 1977 cf. Hobfoll S.E., 1998), popularitatea conceptului de stres în ştiinţe şi în mass-media avându-şi rădăcina în munca endocrinologului Hans Selye. În activitatea sa, Selye făcea distincţie între stresor (stimul) şi stres (răspunsul), el nefiind interesat de natura stresorului, ci, mai curând, de răspunsul fiziologic şi de apariţia îmbolnăvirii ca răspuns la stresor. Selye a observat că o varietate de evenimente (de exemplu, căldura, răceala, agenţii toxici) sunt stimuli care, aplicaţi intens şi suficient de mult timp pot fi capabili să producă efecte nespecifice asupra organismului. Aşadar, definiţia iniţială a lui Selye (1960) privind stresul s-a centrat pe reacţia fiziologică, de „luptă sau evitare", ca răspuns la o ameninţare sau schimbare din mediu.

În 1946, Selye definea stresul ca fiind *o stare manifestată printr-un sindrom ce cuprinde toate schimbările nespecifice induse în sistemul biologic de stimulările adverse*, denumind această stare Sindromul General de Adaptare (S.G.A), un model al răspunsului stereotipizat. Aşadar, S.G.A a fost identificat ca fiind un set fiziologic, universal, de reacţii şi procese nespecifice, apărute în urma acţiunii unui *stresor* şi care evoluează în timp, traversând trei etape: reacţia de alarmă, etapa rezistenţei şi etapa epuizării (Selye, 1956, p. 32). Prima fază a S.G.A., faza de alarmă, cuprinde o fază a şocului iniţial şi o fază ce urmează acestui şoc. Faza şocului exteriorizează automat excitabilitatea, producând o creştere a cantităţii de adrenalină şi putând producem ulceraţii gastro-intestinale. Reacţia de alarmă are rolul de a mobiliza corpul pentru un răspuns de fugă sau luptă, văzut ca o reacţie adaptativă de scurtă durată, apărută în situaţii de urgenţă. Faza ulterioară şocului marchează iniţierea unor procese de apărare. În această

fază, apar reacții imediate la stres ce se manifestă în plan fiziologic, înregistrându-se creşterea tensiunii arteriale, a ritmului bătăilor inimii sau a frecvenței respiratorii. Există, de asemenea şi reacții emoționale, mergând de la frică la fugă, de la furie la confruntare sau depresie etc. În multe situații, episodul de stres este rezolvat în timpul acestei etape, de alarmă. Însă, în condițiile în care situația solicitantă continuă, organismul intră în a doua etapă a S.G.A., etapa de rezistență. Aceasta este fază în care organismul încearcă să-şi adune toate resursele pentru a obține o adaptare satisfăcătoare. În această etapă simptomele reacției de alarmă dispar, ceea ce poate sugera o aparentă adaptare a organismului la stresor. Astfel, deşi persoana nu dă impresia că s-ar afla sub stres, organismul său începe să nu mai funcționeze bine şi pot apărea semnele unor afecțiuni. Conform teoriei lui Selye, în această etapă, sistemul imunitar este compromis şi, sub persistența stresorilor, se pot dezvolta anumite boli specifice de adaptare, precum ulcerele sau bolile cardiovasculare (Nezu et al., 2003). În acelaşi timp, pe măsură ce rezistența la stimularea adversă creşte, scade rezistența la alte tipuri de stresori. Astfel, în condițiile în care situațiile solicitante persistă, etapa rezistenței lasă loc fazei de epuizare. În această fază, capacitatea organismului de a se adapta la stresori este epuizată, reapar simptomele etapei fazei de alarmă, dar, de această dată, rezistența nu mai este posibilă. În anumite situații, capacitatea de rezistență a organismului poate scădea până la îmbolnăvire, situație în care apar distrugeri iremediabile ale țesuturilor şi, în care, în condițiile în care stimularea aversivă persistă, organismul poate muri.

Deşi teoria lui Selye a influențat o întreagă generație de cercetători ai stresului, astăzi devin din ce în ce mai evidente anumite limite privind teoria sa. În primul rând, concepția lui Selye despre stres ca fiind considerat o reacție la o multitudine de evenimente a avut drept consecință faptul că acest concept a devenit sinonim unor termeni precum anxietate, amenințare, conflict etc. În astfel de condiții, conceptul de stres este pus în pericolul de a-şi pierde valoarea ştiințifică. O altă critică a fost asociată presupunerii existenței unei determinări nespecifice a S.G.A. Ideea lui Selye, aceea a apariției unui răspuns nespecific la toate tipurile de stimuli a fost schimbată mai târziu, în 1975, de Mason. Acesta a subliniat că nu toți stimulii, ci anumite caracteristici situaționale specifice ale acestora, precum noutatea, lipsa de control, incertitudinea, ambiguitatea, anticiparea unor consecințe negative pot conduce la anumite reacții emoționale şi la răspunsuri specifice în fața stresorilor. Mason argumentează că stresorii observați de Selye ca având o influență asupra individului aveau o semnificație emoțională comună: erau noi, ciudați şi nefamiliari. Astfel, efectul era o stare ce ar putea fi descrisă în termeni de neputință, nesiguranță şi lipsă de control. Această critică conduce la un argument secundar, mai profund, puțin probabil asociat stresului fiziologic investigat de Selye: stresul experimentat de oameni este aproape întotdeauna rezultatul unei intermedieri cognitive a stimulilor. Alte critici au vizat faptul că Selye nu a specificat acele mecanisme ce explică transformarea evenimentelor adverse „obiective" în experiențe subiective ale

condiției de persoană stresată. De asemenea, Selye a ignorat mecanismele de coping în fața stresului ca mediatori importanți ai relației dintre stres şi starea de sănătate. Ambele teme vor deveni centrale, mai târziu, în elaborarea teoriilor psihologice asupra stresului.

În pofida acestor critici, perspectiva de abordare a stresului bazată pe răspuns are unele merite, fiind considerată, încă, perspectiva dominantă de abordare a stresului în ştiințele biomedicale. Nu acelaşi lucru se întâmplă în ştiințele psihologice sau sociologice. Motivul central pentru care nu mai este acceptată de psihologi este acela că Selye a neglijat, în teoria sa, rolul emoțiilor şi proceselor cognitive în condiții stresante de viață, focalizându-se doar pe reacțiile fiziologice întâlnite la animale. În acelaşi timp, sociologii nu acceptă faptul că teoria lui Selye, conform căreia la toate organismele stimulările adverse determină un răspuns nespecific indiferent de contextul ce determină acel răspuns, neglijează rolul şi caracteristicile stimulilor şi al condițiilor sociale ce determină reacțiile la stres.

3.2.2. Abordarea psihologică a stresului sau abordarea centrată pe procesele cognitive

În contrast cu abordarea medicală centrată pe răspuns, teoriile psihologiei moderne subliniază faptul că un determinant important al reacției în fața unei situații stresante este reprezentat de interpretarea indivizilor cu privire la acea situație.

În psihologie, în mod obişnuit, prin stres se înțelege procesul prin care o persoană interacționează cu mediul său de viață, caracteristica esențială a răspunsului unui organism la mediul său înconjurător, nefiind lipsa sa de specificitate, ci gradul său înalt de specificitate (Lazarus şi Folkman, 1984). În 1966, psihologii stabilesc că stresul este procesul prin care răspundem la anumite evenimente sau situații neprevăzute, tracasante (de exemplu conflictele interne ce obligă individul să aleagă între două alternative incompatibile, schimbările majore din viața individului – boala, moartea cuiva drag, şomajul, încarcerarea, căsătoria, divorțul etc.) (Lazarus şi Folkman, 1984).

În anii 70, în gama teoriilor cu privire la stres este introdus conceptul de vulnerabilitate a individului în fața expunerii la stimuli stresogeni. În 1976, Cassel a emis ipoteza conform căreia rezistența organismului este un factor crucial în ceea ce înseamnă impactul stresului asupra sănătății. Conform teoriei sale, Cassel afirmă că există doi factori esențiali în determinarea gradului de rezistență a organismului unui individ: capacitatea de *coping* şi rețelele de suport social.

În 1976, Lazarus elaborează modelul „interacționist" al stresului, ce inițiază ideea conform căreia percepția capacității de a face față solicitărilor se realizează în funcție de evaluarea cognitivă a amenințării şi de importanța acordată frustrării şi/sau conflictului determinate de aceasta. În 1978, Cox elaborează un model *tranzacțional* cu privire la stres, descriind stresul ca fiind un

schimb între organism şi mediu, în acest schimb fiind importante atât modul în care se face evaluarea cognitivă a solicitării, cât şi capacitatea individului de a face faţă acestei solicitări. O idee asemănătoare a fost introdusă, în 1984, şi de Lazarus şi Folkman, care au elaborat modelul „cognitiv-tranzacţional". Conform acestui model, stresul este privit ca fiind un proces care este, iniţial, declanşat de solicitări situaţionale, şi, ulterior, de evaluarea cognitivă a acestor solicitări de către individ. Caracteristicile solicitării situaţionale (evaluarea primară) de tipul provocării, ameninţării, rănirii sau pierderii sunt evaluate cognitiv simultan în relaţie cu evaluarea existenţei capacităţilor sau resurselor de adaptare (evaluare secundară) ce vizează emoţiile, strategiile de coping şi rezultatele de adaptare. Aşadar, evaluarea primară sau evaluarea solicitării se referă la modul în care o persoană evaluează o situaţie stresantă, rezultatele acestei evaluări putând împărţi stresul psihologic în trei tipuri: provocare, ameninţare sau vătămare/pierdere. O situaţie este apreciată ca fiind provocatoare atunci când ea mobilizează activitatea fizică şi mentală. Evaluând o situaţie ca fiind provocatoare, o persoană o poate percepe ca pe o oportunitate de a-şi dovedi ceva sieşi, de a obţine ceva anticipat sau de a depăşi o situaţie de risc. În acest context, situaţia este experimentată ca fiind plăcută, excitantă şi interesantă şi persoana se simte încrezătoare în capacitatea ei de a face faţă solicitărilor. Când situaţia solicitantă este evaluată ca fiind ameninţătoare, atunci individul o percepe ca pe un pericol, aşteptând ca aceasta să-l afecteze fizic sau emoţional, prin scăderea stimei de sine şi anticiparea iminentă a vătămării. În evaluarea situaţiei experimentată ca fiind o vătămare sau o pierdere, apar vătămarea, cu referire la deteriorarea sau afectarea psihologică a unei persoane sau pierderea ce vizează pierdere recentă a unei persoane dragi, a unor obiecte importante, a încrederii în sine sau a poziţiei sociale. Evaluarea secundară sau evaluarea resurselor se referă la strategiile de coping ce stau la dispoziţia unei persoane pentru a face faţă solicitărilor. Individul evaluează competenţa sa, suportul social şi alte resurse materiale care îl pot ajuta să se readapteze la circumstanţele noi şi la restabilirea echilibrului dintre sine şi mediu (Nezu et al., 2003).

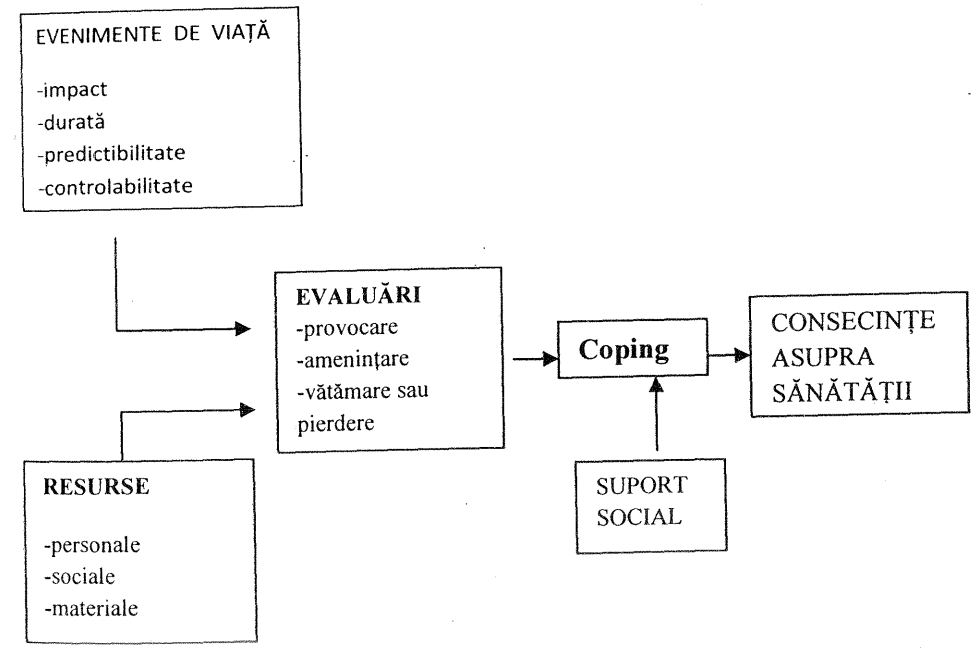
Copingul a fost definit ca fiind ansamblul *eforturilor cognitive şi comportamentale realizate în scopul de a gestiona, tolera sau reduce solicitările externe sau interne şi conflictele dintre acestea*. Acţiunile de coping pot fi diferite, în funcţie de centrarea lor pe diferite elemente ale evenimentului stresant. Astfel, ele se pot focaliza pe realităţile problematice dintre persoană şi mediu ascunse în spatele emoţiilor negative sau al stresului (*coping focalizat pe problemă*) sau pot fi relaţionate cu elemente interne, emoţionale, încercându-se, în această situaţie, reducerea stării emoţionale negative sau schimbarea evaluării cognitive a situaţiei solicitante (*coping centrat pe emoţie*) (Lazarus şi Folkman, 1984).

În 1991, Lazarus completează modelul cognitiv asociat evaluărilor cognitive primare şi secundare afirmând că stresul este un concept *relaţional*, în sensul că acesta este văzut ca fiind relaţii (tranzacţii) între indivizi şi mediile lor

de viaţă. Astfel, stresul este privit ca fiind un proces activ, compus din antecedente cauzale, procese de mediere şi efecte ale stimulilor. Antecedentele cauzale pot fi variabile personale, precum obligaţiile sau credinţele personale sau variabile care ţin de mediu, precum constrângerile situaţionale şi solicitările externe. Procesele de mediere se referă la strategiile de coping şi la evaluările cognitive ce privesc solicitările şi resursele. Experimentarea stresului şi a resurselor de coping conduc la efecte imediate, precum reacţiile afective sau fiziologice şi la efecte pe termen lung precum bunăstarea psihologică, sănătatea somatică şi funcţionarea socială (vezi Figura 4) (Nezu et al., 2003).

Printre teoriile recente ce explică reacţiile la stres sunt şi teoriile cu privire la evaluarea resurselor, teorii ce nu mai sunt centrate în primul rând pe evaluarea factorilor care determină stresul, ci pe resursele care menţin starea de bunăstare în confruntarea cu situaţiile stresante. Printre constructele sociale şi personale propuse în literatura de specialitate cu referire la resursele în faţa stresului pot fi menţionate *suportul social* (Schwarzer şi Leppin, 1991), *un sens al coerenţei* (Antonovsky, 1979), *rezistenţa* (Kobasa, 1979), *eficienţa eului* (Bandura, 1977) sau *optimismul* (Scheier şi Carver, 1992) (cf. Nezu et al., 2003).

Figura 4. **Modelul procesului relaţiei stres/sănătate, bazat pe teoria tranzacţională a stresului a lui Lazarus (1991)**



***Sursa**: Nezu et al. (2003)* „Health Psychology ", *vol. 9,* in *Handbook of Psychology, John Wiley & Sons, Inc, NJ. , pag. 29.*

În 2001, Hobfoll extinde teoria stresului prin analizarea necesității conservării resurselor ca rațiune umană principală în lupta cu situațiile stresante. În opinia lui Hobfoll, resursele pot fi obiectuale (obiecte fizice cum ar fi casa, hainele, accesul la transport, proprietăți, mașina), resurse ce țin de statutul sau condiția socială (o prietenie strânsă, căsătoria, a avea un loc de muncă, relații interpersonale, siguranța locului de muncă), resurse personale (stima de sine, talentul, deprinderi de autoeficiență) sau resurse energetice (ce facilitează accesul la alte resurse: bani, credit, cunoaștere etc) (Hobfoll, 1998). Conform teoriei lui Hobfoll, stresul apare atunci când oamenii experimentează pierderea resurselor lor (considerată sursa primară a stresului), atunci când resursele lor sunt amenințate cu pierderea sau când oamenii investesc în resursele lor fără a obține ceva în schimb. Acest principiu contrazice presupunerile fundamentale ale abordării cu privire la evenimentele critice de viață (Holmes și Rahe, 1967) care subliniază că stresul apare atunci când individul este forțat să se readapteze la circumstanțe situaționale fie pozitive, fie negative. Într-o testare empirică a presupunerilor lui Rahe și Holmes, Hobfoll și Lilly (1993) au descoperit că doar pierderea resurselor a fost relaționată cu distresul. Cu toate acestea, dacă circumstanțele stresante persistă, indivizilor le rămâne o cantitate de resurse în continuă epuizare pentru a combate stresul viitor. Acest deficit de resurse afectează capacitatea indivizilor de coping cu viitorii stresori, astfel rezultând un cerc al pierderilor. În plus, acest principiu arată că este important să investigăm nu doar efectele resurselor asupra impactului stresului, dar și pe acela al impactului stresului asupra resurselor.

Așadar, în anul 1993, Lazarus remarca faptul că în orice teorie referitoare la stresul psihologic două concepte centrale sunt considerate mediatori centrali în tranzacția persoană-mediu: *evaluarea cognitivă* a indivizilor cu privire la semnificația a ceea ce se întâmplă cu starea lor de bunăstare și *evaluarea resurselor de coping,* ce semnifică eforturile cognitive și comportamentale depuse de indivizi în scopul gestionării anumitor solicitări specifice. Conceptul de evaluare se bazează pe idea că procesele emoționale (inclusiv stresul) sunt dependente de așteptările actuale pe care o persoană le manifestă cu privire la semnificația și impactul unui anumit stimul. Necesitatea acestui concept de evaluare apare ca evidentă pentru a explica diferențele dintre indivizi în ceea ce privește calitatea, intensitatea și durata unei emoții specifice în mediile care, obiectiv, sunt aceleași. Se consideră, că reacția finală este generată, menținută și afectată de un anumit model de evaluare.

În psihologia sănătății, cercetarea este focalizată pe efectele cumulate pe care personalitatea și mediul le au asupra patologiei individului, dar și pe factorii de mediere sau moderare ai stresului cum ar fi strategiile de coping sau suportul social (Hobfoll, 1998).

În concluzie, teoria tranzacțional-cognitivă elaborată de Lazarus definește stresul ca fiind o relație particulară dintre persoană și mediul său de viață, relație

ce este evaluată de persoană fie ca epuizantă, depășind resursele sale, fie ca îmbunătățind bunăstarea sa (Nezu et al., 2003). Teoriile cognitiv-tranzacționale ale stresului au avut și limite, în special în aplicarea în practică. Una dintre acestea este dată de faptul că nu există o modalitate eficientă de a măsura stresul ca proces, toate procedurile obișnuite de măsurare a stresului fiind bazate, în special, fie pe stimul, punctând evenimentele critice și solicitările (măsurând frecvența sau intensitatea stresorilor), fie pe răspuns, punctând simptomele și emoțiile experimentate (măsurând distresul, simptomele, emoțiile, gradul de îmbolnăvire și alte modificări fiziologice și comportamentale).

În concluzie, cercetătorii tind să considere *stresul* ca fiind un fenomen *psihologic*, o parte a motivației acestei credințe stând în faptul că cea mai mare parte a cercetărilor cu privire la stres au fost făcute de psihologi și psihiatri, specialiști care, în mod natural și, adecvat pregătirii lor, tind să se centreze în munca lor de cercetare pe problemele psihologice și/sau fiziologice cu care se confruntă indivizii. Un alt motiv pentru care stresul este privit ca fiind un fenomen psihologic este tendința oamenilor de a "psihologiza" aproape totul. Există societăți puternic orientate pe individ, unde pare "natural" să explici aproape orice aspect al comportamentului făcând referire la variabile psihologice, care țin de persoana individuală. Similar, atunci când ne gândim la consecințele stresului, există tendința de a ne centra exclusiv pe efectele acestuia asupra persoanelor individuale. Desigur, stresul este un fenomen psihologic, în sensul că el este experimentat de persoane individuale, dar există motive pentru care stresul poate fi considerat și un fenomen sociologic (Linsky și Straus, 1986).

3.2.3. Abordarea sociologică a stresului sau abordarea centrată pe stimuli

Atunci când o persoană spune *am o căsnicie stresantă*, ea se referă la stimul, la situația solicitantă și nu la răspunsul ei la situație. Perspectiva bazată pe stimul sau abordarea sociologică a stresului acordă atenție caracteristicilor particulare ale solicitărilor (stresorilor) și argumentează că aceste solicitări, care pot fi sociale, fizice, psihologice sau intelectuale, taxează în mod specific resursele de coping ale individului, generând răspunsuri specifice (Nezu et al., 2003).

O mare parte a cercetărilor sociologice cu privire la stres a vizat fie situațiile sociale stresante (exemple: spargerea locuințelor, mediul familial sau profesional ostil, migrația, discrepanțe între aspirații și oportunități, conflicte de rol, izolarea socială, boala cronică etc.), fie reacții variate la aceste situații, unele dintre acestea constituindu-se chiar în diverse patologii. Exemple de astfel de cercetări se referă la migrația de lungă durată, migrația urbană (Malzburg și Lee, 1956), disoluția relațiilor intime din mediile urbane și dezmembrarea rețelelor comunitare (Faris și Dunham, 1939), spargerea de locuințe etc. (Nye, 1958 cf.

Linsky şi Straus, 1986). Aşadar, perspectiva sociologică de explicare a stresului lansează o primă aserţiune conform căreia cauzele stresului se găsesc în natura societăţii. Se poate afirma, astfel, că modul în care oamenii fac faţă stresului este determinat atât de personalitatea celui care experimentează un eveniment stresant, cât şi de regulile sociale şi organizarea socială. De exemplu, o societate caracterizată printr-o rată ridicată a şomajului va fi o societate cu un grad înalt de stres.

Făcând referire la situaţiile sociale stresante, sociologii au cercetat numeroase aspecte sociale ce produc reacţii la stres. În acest cadru, pot fi descoperite cercetări centrate pe analiza efectelor disruptive la nivel individual sau comunitar produse de dezorganizarea socială. În orice societate, anumite subgrupuri tind să răspundă la stres în modalităţi diferite. În unele societăţi oamenii învaţă să gestioneze stresul prin pasivitate şi retragere , în timp ce în alte societăţi (SUA, de exemplu), oamenii tind să răspundă la stres prin agresivitate. Astfel, modul în care cineva gestionează sau reacţionează la stres devine, într-o măsură semnificativă, o funcţie a societăţii sau a regiunii în care persoana este localizată. În concluzie, consecinţele stresului nu sunt limitate la nivelul individului. Atât caracteristica stresogenă a societăţii, cât şi modalităţile în care oamenii fac faţă stresului au consecinţe pentru natura societăţii în sine. Dezvoltarea activităţii economice, de exemplu, este probabil una încetinită într-o societate în care oamenii tind să rezolve stresul prin retragere sau pasivitate, comparativ cu o societate în care oamenii tind să devină agresivi sub influenţa stresului. Rata criminalităţii este, de asemenea, probabil să fie mai mare decât media în ultimul tip de societate. Rata divorţurilor este probabil să fie mai mare într-o societate în care oamenii nu ştiu să rezolve problemele interpersonale, răspunzând în faţa acestora prin agresivitate sau pasivitate.

Un alt grup de studii sociologice s-a focalizat pe teorii ce clarifică faptul că anumite statusuri sau combinaţii de statusuri pot fi mai stresante decât altele. Gibbs şi Martin (1964) au elaborat un instrument complex de măsurare a gradului în care diferite statusuri ocupate de un individ în acelaşi timp (de exemplu, statusul marital, ocupaţional, de vârstă, gen, rasă etc.), sunt „integrate" de acesta. S-a constatat, astfel, că scorurile reduse obţinute în urma măsurării integrării statusurilor la indivizii cu puţine ocupaţii au fost puternic asociate cu rate ridicate de suicid sau cu apariţia unor boli mentale. Ocuparea acestor poziţii poate deveni stresantă pentru că indivizii care ocupă aceste combinaţii de statusuri pot experimenta conflictul de rol şi pot avea impedimente în formarea de relaţii stabile cu alţii.

Conform teoriei sociologice, a lui Merton privind anomia, apărută în 1957, stresul poate fi generat de discrepanţa dintre dorinţele şi aşteptările cu care oamenii sunt socializaţi într-o anumită cultură şi nivelurile reduse de atingere a acestora, cauzate de existenţa unor oportunităţi limitate. Această discrepanţă poate

conduce, în final, la încălcarea normelor şi, în final, la o adaptare deviantă a indivizilor. Alţi cercetători au sugerat că astfel de discrepanţe dintre aşteptările promovate de cultură şi oportunităţile limitate de satisfacere pot determina rate ridicate ale violenţei (Cloward şi Ohlin, 1960), ale schizofreniei (Parker şi Kleiner, 1966) sau ale depresiei (Linsky şi Straus, 1986). Aşadar, normele şi credinţele culturale definesc într-o mare măsură ce este considerat a fi stresant într-o anumită societate. De exemplu, în subculturile anilor 60 şi 70, obţinerea unui loc de muncă bun era percepută ca fiind stresantă, în timp ce divorţul era perceput ca fiind mai puţin stresant comparativ cu anii din urmă.

În ciuda contribuţiei importante a studiilor citate mai sus, limitele acestora solicită o nouă abordare a cercetării sociologice asupra stresului. Una dintre cele mai importante limite vizează faptul că, în general, stresul nu a fost asociat unei variabile care să fi intervenit în relaţia dintre situaţiile de stres social şi rezultatele patologice. În cercetările sociologice măsurarea stresului s-a limitat la compararea, relativ simplă, a diferite variabile caracteristice anumitor grupuri sau regiuni din structura socială (de exemplu, statusul din familie, clasa socială, vecinătatea, statusul de mobilitate etc.), presupunându-se că unele dintre ele sunt mai stresante comparativ cu altele (Levine şi Scotch, 1970) sau la elaborarea unor măsurători cantitative precum aceea a unui instrument ce măsoară integrarea statusurilor sociale al lui Gibbs şi Martin (1964). În acelaşi timp, difuzarea conceptului de stres în literatura sociologică a limitat utilitatea sa, el fiind asemuit, în unele cazuri sociologiei problemelor sociale (Linsky şi Straus, 1986).

Dincolo de direcţia teoretică ce a vizat teoriile tradiţionale ale sociologiei prezentate mai sus, în cadrul abordării sociologice a stresului, un rol important în analizarea stresului social l-a avut abordarea *evenimentelor de viaţă*, care a ocupat cea mai mare parte a atenţiei cercetătorilor din ultimii 20 de ani. O contribuţie majoră la aceste cercetări a avut-o publicarea, în 1967, de către Holmes şi Rahe a scalei *Social Readjustment Rating Scale*, ei plecând de la ipoteza conform căreia, anumite schimbări ce apar în obişnuinţele oamenilor şi nu doar evenimente percepute ca ameninţătoare sau critice pot fi implicate în apariţia anumitor boli. Astfel, Rahe şi Holmes au presupus că o cantitate medie de efort necesară adaptării la un eveniment cuprins în scală ar putea fi un indicator al severităţii fiecărui eveniment stresant (Linsky şi Straus, 1986). Cu cât o persoană experimentează mai multe schimbări- pozitive sau negative- cu atât ea este nevoită să se adapteze la circumstanţe noi şi să utilizeze resurse din ce în ce mai limitate, precum energia, timpul sau atenţia personală (Weber, 1992). Aşadar, nu natura negativă a evenimentelor este factorul important, ci cantitatea de schimbare cerută pentru readaptarea la un nivel de funcţionare acceptabil. Acesta a fost motivul pentru care autorii scalei au inclus în rândul evenimentelor evaluate şi unele evenimente pozitive (vacanţa, crăciunul, căsătoria, sarcina etc.), orice schimbare, dezirabilă sau nu, fiind privită ca fiind stresantă. Cercetările realizate

de Rahe şi colaboratorii săi, în 1968, au demonstrat, subliniind faptul că fiecare dintre aceste evenimente implică o anumită solicitare adaptativă, că o acumulare a mai multor evenimente de viaţă într-o perioadă limitată poate impune solicitări ce depăşesc abilitatea de coping sau de a face faţă stresorilor a unui individ, acestea devenind dăunătoare pentru starea sa de sănătate.

Sociologii au acceptat greu teoria lui Selye care afirmă că toate schimbările sunt posibil dăunătoare pentru că toate schimbările, caracteristici normale ale fiecărui nivel al vieţii sociale şi al vârstei, solicită readaptare. În mod specific, schimbările sunt nedorite, neplanificate şi cele mai multe supărătoare (Thoits, 1981). Cu toate acestea, datele actuale arată că, la orice nivel, nu schimbarea, ci calitatea schimbării devine potenţial dăunătoare pentru oameni. O altă limită a teoriei evenimentelor de viaţă se referă la faptul că evaluarea cu aceeaşi măsură a aceluiaşi eveniment la toţi indivizii care au încercuit itemul ignoră emoţiile subiective ce apar ca reacţii la stres şi care pot să difere enorm de la un individ la altul. De exemplu, unii oameni pot experimenta divorţul ca fiind începutul unei lungi perioade de suferinţă şi depresie, în timp ce pentru alţii el marchează sfârşitul conflictelor maritale, devinind o uşurare (Nezu et al., 2003).

Au existat şi alte critici aduse abordării evenimentelor de viaţă. Rămân să fie rezolvate multe aspecte privind procesele sociologice, psihologice şi comportamentale care intervin între schimbările vieţii şi îmbolnăvire. Există, de asemenea, şi probleme metodologice legate de modul în care trebuie selectate şi combinate în construirea scalelor evenimentele de viaţă, de instanţa care poate judeca capacitatea stresogenă a unor evenimente, de dilema generată de faptul că unele evenimente considerate „pozitive" pot fi sau nu cu adevărat stresante etc. (Linsky şi Straus, 1986). O altă critică a acestei abordări este neglijarea faptului că indivizi diferiţi pot avea percepţii diferite ale unui acelaşi eveniment, dar şi faptul că studiile s-au centrat, prea des, pe raportări retrospective ale schimbărilor anterioare, putând interveni, astfel, dificultăţi ale persoanelor de a-şi reaminti bine evenimentele. În plus, au fost insuficient analizate procesele de coping şi schimbările la nivelul suportului social în raport cu evenimentele de viaţă. De asemenea, gradul în care natura obiectivă a stresorului ar trebui examinată în contrast cu interpretarea sa subiectivă, este încă în dezbatere (Hobfoll, 1998 cf. Nezu et al., 2003). O altă limită face referire la una dintre cele mai importante concluzii ale lui Thoits (1981), conform căreia aceste corelaţii stabilite între evenimente de viaţă indezirabile şi îmbolnăvire pot fi cauzate de includerea în listele cu evenimente de viaţă a unor itemi relaţionaţi cu starea de sănătate. Astfel, Thoits semnalează o posibilă confuzie între variabilele dependente şi cele independente, ceea ce-l determină pe acesta să propună celor ce investighează relaţia dintre evenimentele de viaţă şi boala fizică să folosească o variantă a listei evenimetelor de viaţă care nu conţine evenimente relaţionate cu sănătatea (Thoits, 1981 cf. Linsky şi Straus, 1986). O altă limită a abordării evenimentelor de viaţă

vine din perspectiva sociologiei şi se referă la faptul că, această abordare este focalizată aproape în exclusivitate pe nivelul individual, şi mai puţin pe nivelul sistemului social, rădăcinile acestei abordări individualiste avându-şi rădăcinile, probabil, în originile clinice ale cercetării psihosomatice. Cu toate acestea, există cercetări care au luat în considerare o varietate mai largă a evenimentelor de viaţă existente la nivelul unui sistem social. De exemplu, Farrington şi Linsky au adaptat itemii scalei lor la specificul statului New Hampshire (Linsky şi Straus, 1986). Studii viitoare vor cerceta, probabil, prin examinarea tipurilor de evenimente stresante specifice anumitor regiuni, modul în care evenimentele stresante sunt distribuite în cadrul structurilor sociale. O altă direcţie de cercetare ar trebui să vizeze alte variabile care pot modifica relaţia dintre stres, schimbare şi apariţia îmbolnăvirilor. Printre acestea ar putea fi anumite resurse economice şi sociale ce au efecte de tampon asupra impactului stresului, precum integrarea în familie, integrarea politică, sistemele de sprijin ale sănătăţii mentale, resursele educaţionale şi serviciile de asistenţă socială publică.

În 1989, Lazarus şi Folkman, plecând de la presupunerea că vieţile oamenilor sunt mai afectate mai mult de cumularea unor evenimente minore cu apariţie frecventă decât de apariţia unui eveniment major de viaţă au elaborat scale ce măsoară frecvenţa şi intensitatea acestor evenimente, printre acestea fiind *Daily Hassles Scale* şi *The Daily Uplift Scale* (Nezu et al., 2003).

În prezent, cercetările sociologilor au fost extinse la factori moderatori ai stresului precum suportul social (Berkman şi Syme 1979, Turner şi Marino, 1994) şi la adaptarea la stres (Pearlin şi Schooler, 1978 cf. Cocherham et al.,1998). Pentru a înţelege aspectele sociale ale stresului – o arie majoră de cercetare a sociologilor, voi prezenta în continuare aspecte ale teoriei sociologului Leonard Pearlin cu privire la modelul procesului stresului (1989) şi ale teoriei sociologului Peggy A. Thoits cu privire la stres, mai precis teoria resurselor de coping la stres (1995).

3.3. Teoria sociologică a stresului în viziunea lui Leonard Pearlin

Teoria procesului stresului subliniază faptul că stresul începe în mod tipic cu o situaţie socială pe care oamenii o percep ca fiind ameninţătoare sau suprasolicitantă. Astfel, Pearlin punctează existenţa a două tipuri majore de stresori sociali: evenimentele de viaţă şi tensiunile cronice. În primul caz, stresul este produs de evenimente de viaţă precum divorţul, căsătoria sau pierderea locului de muncă. În al doilea caz sunt vizate suprasolicitările cronice, conflictele, problemele şi ameninţările de durată cu care mulţi oameni se întâlnesc zilnic. În rândul solicitărilor cronice sunt incluse *suprasolicitarea de rol* (precum aceea de a avea şi de a-ţi îndeplini rolul de părinte, încercarea de a avansa în cariera

profesională etc.), *conflictele intraroluri* (precum rolul de soţ/soţie), *conflicte interroluri* (în care o persoană are prea multe roluri), *captivitatea de rol* (în care o persoană este, fără să dorească, sclava rolului, un exemplu fiind situaţia în care o persoană este prinsă în capcana unei căsnicii nefericite sau a unui job neplăcut) sau *restructurarea de rol* (în care o persoană schimbă relaţiile din cadrul anumitor roluri). Aşa cum a observat Pearlin, suprasolicitările cronice pot avea efecte considerabile asupra indivizilor, din cauza faptului că unele roluri sunt foarte importante, ele vizând locul de muncă, căsătoria sau creşterea şi îngrijirea copilului. Unul dintre aceşti stresori cronici este reprezentat de *suprasolicitarea de rol*, o condiţie ce apare atunci când solicitările de rol taxează resursele energetice şi rezistenţa individului, depăşindu-i acestuia capacităţile de adaptare. Supraîncărcarea rolului se întâlneşte în cele mai multe roluri obişnuite, precum rolurile ocupaţionale şi cele din gospodărie ca şi în rolurile specializate, precum cele ale îngrijitorilor unor rude cu boli sau dizabilităţi. *Conflictele interpersonale asociate seturilor de roluri* reprezintă tipul de solicitare cronică raportată cel mai des de indivizi. Deşi aceste conflicte pot lua o varietate de forme, s-a constatat că toate sunt determinate de probleme şi dificultăţi ce apar în relaţiile celor ce interacţionează în cadrul unor seturi de roluri complementare, precum cele de soţ-soţie, părinte-copil, subordonat-şef. Un alt tip de solicitare, *conflictul inter-rol*, se găseşte la graniţa dintre diferite roluri şi este determinat de solicitările incompatibile asociate mai multor roluri, solicitările vizând, în special, rolurile profesionale şi familiale. De obicei, indivizii nu pot face faţă solicitărilor şi aşteptările unuia dintre aceste roluri fără a renunţa la celelalte. În aceste condiţii devine oportună realizarea unui echilibru între solicitările asociate rolurilor exercitate de o persoană la un moment dat. O altă suprasolicitare descrisă de Pearlin se referă la *captivitatea de rol*, ce apare atunci o persoană devine, fără voia sa, deţinătoarea unui rol. Persoane care experimentează un astfel de conflict pot fi femeile casnice, pensionarii care preferă să fie implicaţi în exercitarea anumitor roluri în afara casei sau persoanele care muncesc foarte mult şi care ar prefera să stea acasă cu copiii săi. Rolurile deţinute de aceste persoane pot să nu fie suprasolicitante sau pline de conflicte, dar ele preferă pur şi simplu să aibă activităţi şi în afara limitelor rolului deţinut deja. În fine, *restructurarea de rol* este suprasolicitare care merită atenţie din partea cercetătorilor, deoarece ea este inevitabilă în condiţiile în care relaţiile din cadrul seturilor de rol sunt supuse permanent schimbării. Deşii actorii şi seturile de roluri rămân aceleaşi, atât înaintarea în vârstă, cât şi extinderea exigenţelor forţează schimbarea modelelor cu privire la aşteptările pe termen lung şi la interacţiunile inter-roluri. Acest fenomen poate fi observat în situaţii precum cele în care adolescenţii rebeli se plâng că sunt trataţi de către părinţi ca nişte copii, în care ucenicii care pot spori neliniştea mentorului lor atunci când ajung să atingă performanţele acestuia sau copiii adulţi care trebuie să-şi asume noi responsabilităţi cu privire la îngrijirea

părinţilor mai în vârstă. Deseori, restructurarea anumitor relaţii solide nu este uşoară, ea putând determina sentimentul de trădare, de pierdere a poziţiei sociale sau de dezamăgire, se poate dezvolta insidios şi poate persista până când oamenii se readaptează la noile aşteptări.

Cu toate acestea, cele mai multe cercetări sociologice cu privire la stres şi-au deplasat interesul de la unele perspective şi confuzii timpurii cu privire la evenimentele de viaţă şi la impactul lor stresogen, la calitatea şi originea acestor evenimente, precum dezirabilitatea sau caracterul normativ al acestora. A fost nevoie de această schimbare, considerându-se că cercetării privind evenimentele de viaţă i-a lipsit, în general, acest caracter sociologic, tratând evenimentele fără a lua în considerare situaţiile economice şi sociale ale oamenilor care experimentează acele evenimente. Pentru a evita tratarea acestor tipuri de evenimente ca pe nişte întâmplări, Pearlin remarcă necesitatea analizării legăturilor existente între evenimente şi caracteristicile sociale şi economice asociate acestora. Există evenimente apărute în anumite circumstanţe care se dovedesc a fi stresori foarte puternici care afectează vieţile oamenilor.

Pearlin, afirmă că cele mai multe experienţe stresante nu apar în van, ci, de obicei, ele pot fi indicii ale efectelor structurilor sociale în care oamenii trăiesc, care sunt diferite sisteme de stratificare a societăţii, precum ar fi cele fundamentate pe clasa socială şi economică, rasă şi etnie, gen şi vârstă. S-a constatat că, în măsura în care aceste sisteme promovează o distribuţie inegală a resurselor, a oportunităţilor sau a manifestărilor eului, deţinerea unui status redus în cadrul acestor structuri poate fi o sursă a condiţiilor de viaţă stresante. Astfel, este de înţeles faptul că studiile comunitare realizate în anii 50-60 relevă puternice asocieri între poziţiile sociale ale oamenilor în cadrul sistemelor sociale şi indicatorii de bunăstare individuală a acestora (Gurin, Veroff şi Feld, 1960 cf. Pearlin, 1989). Aşadar, stresorii cronici sau răspunsurile inadecvate la stres conduc la apariţia îmbolnăvirilor, la scăderea rezistenţei organismului şi la comportamente nesănătoase (Weber,1992).

Un alt context structural important este cel al instituţiilor sociale şi al ansamblurilor de statusuri şi roluri din cadrul acestora. Şi cum multe din experienţele asociate rolurilor ce persistă în timp tind să devină caracteristici repetate ale vieţii funcţionale a individului, atunci când aceste experienţe devin ameninţătoare şi problematice, ele pot cauza stres. Cercetătorii arată că astfel de experienţe sunt obişnuite printre deţinătorii de roluri ocupaţionale (Kahn, 1973) şi familiale (Pearlin, 1995). De altfel, în anul 1972, Grolnick a stabilit că majoritatea evenimentelor stresante sunt interpersonale, implicând relaţii semnificative, majoritatea din cadrul familiei (Lask cf. Bentovim et al., 1989). Dar, de cele mai multe ori cerinţele familiale interacţionează cu stresul ocupaţional. Multe cercetări ce au analizat relaţia dintre stresul ocupaţional şi starea de sănătate au încercat să stabilească care ocupaţii au cel mai înalt potenţial stresogen. Astfel, s-a constatat

că anumite condiții de lucru au fost asociate cu riscul de îmbolnăvire, printre acestea fiind cerințele psihologice ale ocupației (precum responsabilitățile de la locul de muncă), autonomia la locul de muncă (cât de mult se implică cel ce lucrează în luarea deciziilor, abilitatea acestuia de a controla viteza, natura și condițiile de lucru) și satisfacția cu munca (ce include satisfacerea nevoilor celui ce lucrează și aspirațiile asociate momentului angajării).

Dincolo de aceste aspecte, este cunoscut faptul că o persoană deținătoare a unui rol nu poate acționa singură, un anumit rol fiind parte a unei constelații mai largi de roluri complementare, în jurul cărora sunt structurate relații interpersonale. Astfel, cineva nu poate avea rolul de soț fără a avea o soție, nu poate fi părinte fără a avea un copil sau nu poate fi coleg fără a avea o altă persoană cu care să lucreze. Relațiile formate de diferite seturi de roluri sunt relativ durabile și stabile și, în mod obișnuit, ele au o importanță considerabilă pentru părțile implicate. În consecință, atunci când relațiile devin problematice și pline de conflicte, ele pot produce un stres considerabil.

S-a stabilit, astfel, că nivelurile interrelaționate ale structurii sociale – stratificarea socială, instituțiile sociale, relațiile interpersonale – hrănesc și structurează experiențele indivizilor, care, la rândul lor, pot cauza stres. Astfel, contextele structurale ale vieții oamenilor nu sunt străine procesului stresului, ci sunt fundamentale pentru analizarea acestui proces. Cu toate acestea, nu toți cercetătorii care au analizat stresul și-au manifestat interesul pentru contextele structurale ale procesului stresului, mulți dintre aceștia începându-și analizele focalizându-se direct pe potențialii stresori ce rezultă din experiența indivizilor, ignorând posibilele origini ale stresorilor. Sociologii, prin adoptarea anchetelor sociologice nu au optat pentru ignorarea acestor origini, ci au subliniat rolul acestora în descoperirea anumitor modele și reguli împărtășite de oameni ale căror caracteristici și circumstanțe sociale sunt similare. Așadar, elementul esențial al studiului sociologic al stresului devine prezența unor tipuri și nivele de stres similare în rândul oamenilor care sunt expuși la condiții sociale și economice identice, a celor care dețin aceleași roluri sau a celor care își au originea în contexte sociale similare.

Printre informațiile despre contextele sociale și legăturile oamenilor cu aceste contexte analizate în cadrul procesului stresului, genul poate fi luat ca exemplu, el fiind un status care a fost cercetat și despre care s-a scris mult. S-a constatat că, atunci când expunerea la stresori este similară atât în rândul femeilor, cât și al bărbaților, efectele acestor stresori asupra reacțiilor ce urmează pot fi condiționate de gen. De exemplu, o nedreptate echivalentă la locul de muncă poate avea impact diferit asupra bărbaților și femeilor din cauza condițiilor diferite cu care bărbații și femeile se confruntă în exercitarea altor roluri (Pearlin, 1995). De asemenea, resursele personale și sociale cu rol în medierea efectelor stresorilor ce pot fi mobilizate pentru a face față acestei nedreptăți pot varia după gen

(Pearlin, 1995). În sfârșit, genul este o caracteristică care poate afecta modalitățile în care se manifestă reacțiile la stres. Astfel, simptomatologia depresivă poate fi o expresie mai obișnuită în rândul femeilor, în timp ce consumul de alcool și alte comportamente pot fi mai obișnuite printre bărbați.

Dacă nu este luată în considerare importanța contextelor economice și sociale ale oamenilor atunci când analizăm stresul, se poate neglija explorarea sociologică a legăturilor stabilite între dimensiunile mai largi ale organizării sociale și stresul personal.

3.4. Relația dintre stresul social și boala cardiacă

Studierea factorilor psihosociali ce mențin și promovează sănătatea cardiovasculară și care au capacitatea de a contracara sau chiar preveni efectele distructive ale stresului psihosocial a devenit o arie de cercetare de sine stătătoare doar de puțin timp. Conceptul de stres este central în încercarea de a asocia factorii psihosociali îmbolnăvirilor, deoarece este cunoscut că stresul produce schimbări hemodinamice, endocrine și/sau imunologice ce pot afecta dezvoltarea biopsihosocială normală.

Cercetările recente centrate pe rolul pe care stresul acut și emoțiile îl au în apariția și manifestarea bolilor la indivizii cu afecțiuni preexistente, sugerează că evenimentele cardiace clinice importante (IMA, ischemia cardiacă etc.) sunt frecvent declanșate de stresul fizic sau mental (Muller et al., 1987 cf. Kratz și McCeney, 2002). Primul studiu prospectiv privind relația dintre stresul vieții și incidența bolii coronariene a fost condus timp de 8 ani de către Haynes pe un eșantion de 1822 de pacienți, femei și bărbați cu vârste cuprinse între 44 și 77 de ani, selectați din rândul participanților la studiul *Framingham Heart Study*. A fost măsurat stresul zilnic perceput de participanți și ulterior acesta a fost relaționat cu incidența bolilor coronariene. S-a constatat astfel că prevalența bolilor cardiace a fost asociată cu stresul doar la bărbații cu vârste cuprinse între 45 și 64 de ani (Haynes et al., 1978 cf. Greenwood et al., 1996).

Karasek și colegii săi au realizat un studiu în 1990, plecând de la ipoteza conform căreia controlul și solicitările numeroase de la locul de muncă combinate cu oportunități scăzute de a controla munca sau de a lua decizii sunt asociate cu creșterea riscului de face o boală coronariană (Karasek et al., 1988 cf. Cockerham et al., 1998). Un alt studiu prospectiv a fost condus de Hollis, în 1990, pe un eșantion de 12 866 de subiecți, bărbați cu vârste cuprinse între 35-97 ani, aflați la risc de a face o boală cardiacă. După o monitorizare de 6 ani și măsurarea evenimentelor de viață, rezultatele au arătat o asociere a evenimentelor de viață cu angina pectorală, dar nu și cu IMA (Hollis et al., 1990 cf. Greenwood et al., 1996).

Alți cercetători au stabilit că stresorii cronici sau răspunsurile inadecvate la aceștia conduc la apariția îmbolnăvirii, la slăbirea rezistenței organismului și la

comportamente maladaptative (Weber, 1992). S-au realizat, astfel, cercetări care au vizat efectele stresorilor acuți sau de scurtă durată și ale stresului cronic în relație cu riscul de apariție a bolii coronariene. Printre cele mai studiate variabile au fost stresul ocupațional, suportul social scăzut și statutul socioeconomic scăzut (Nezu et al., 2003). Într-un alt studiu prospectiv realizat de Rosengren și colaboratorii săi în 1991 pe un eșantion de 6935 de subiecți, bărbați de origine suedeză cu vârste cuprinse între 47 și 55 de ani, a fost măsurat stresul perceput. După o monitorizare de 11 ani s-a ajuns la concluzia că există o asociere între incidența bolii arterei coronare și stresul perceput de pacienți (Rosengren et al., 1991 cf. Greenwood et al., 1996).

Stresul relaționat cu munca este cea mai studiată formă a stresului cronic în relație cu apariția îmbolnăvirii. Hamingway și Marmot, în 1999, au arătat că 6 din 10 studii prospective, care au examinat relațiile dintre tensiunea de la locul de muncă și boala coronariană au avut rezultate pozitive. Alte cercetări au încercat să evidențieze care dintre ocupații sunt mai stresante și care sunt caracteristicile particulare ale ocupațiilor care conduc la creșterea riscului de a dezvolta boala coronariană (Karasek și Theorell, 1990). Analiza datelor din studiul *Framingham Heart Study* a stabilit că subiecții care declarau că au un șef insuportabil raportau o incidență mai mare a evenimentelor cardiace. Un alt model ce asociază stresul ocupațional de boala cardiacă subliniază faptul că stresul de la locul de muncă este rezultatul unui dezechilibru între suprasolicitările muncii și recompensele reduse (Siegrist et al., 1990). Acest dezechilibru solicitare-recompensă a fost asociat cu o creștere de 2,15 ori mai mare a riscului de a face o nouă boală coronariană. Același studiu, care a inclus 6895 de bărbați și 3413 de femei cu vârste cuprinse între 35 și 55 de ani, a arătat o creștere de aproape 2 ori mai mare a cazurilor de boli coronariene noi ca rezultat al controlului redus la locul de muncă (Bosma et al., 1998 cf. Nezu et al., 2003).

Mai târziu, abilitatea de a prezice rolul diferențelor individuale în reactivitatea cardiovasculară și în dezvoltarea unor nivele ridicate ale tensiunii arteriale a fost ameliorată prin luarea în considerare a altor factori psihologici precum trăsăturile de personalitate, stilurile de adaptare la stres (furie, ostilitate, reprimarea emoțională, negarea și represiunea, anxietatea, lipsa controlului și neputința, modelul comportamental de tip A, depresia, pesimismul). În 1995, Mittleman și colaboratorii săi au comparat activitățile pacienților efectuate imediat înainte de apariția unui IM cu activitățile pe care aceștia le făceau în mod obișnuit pentru a evalua factorii precipitatori fizici și mentali ai IM. Pacienții au fost intervievați după aproximativ 4 zile de la apariția IM și 2,4% dintre aceștia au raportat existența unui episod de furie anterior apariției IM (Nezu et al., 2003).

Într-un alt studiu, Osti, Trombini, și Magnani (1980) au descoperit, în urma declarațiilor a două grupuri de bolnavi (unul cu pacienți diagnosticați cu HTA, celălalt cu pacienți diagnosticați cu alte afecțiuni cardiovasculare), o asociere pozitivă între existența unui număr mai mare de evenimente de viață negative, nivelul presiunii arteriale și stresorii percepuți de la locul de muncă

(Jodko, Sigala și De la Torre, 1993). O limită a acestui studiu a fost aceea că asocierea percepției stresului cu răspunsul rezultat în valoarea presiunii arteriale la acest stres nu este consistentă din cauza faptului că unii indivizi tind să raporteze că nu se simt stresați, anxioși sau furioși pentru că doresc să facă o bună impresie asupra celorlalți. În fine, mulți indivizi au învățat să se adapteze eficient la stresori sau să țină sub control răspunsurile lor emoționale. De exemplu, controlorii de trafic aerian sau alți profesioniști care au de-a face cu situații de urgență nu arată în mod obligatoriu nivele ridicate ale tensiunii arteriale (Sega et al., 1998). În urma unei analize realizată în cadrul studiului Framingham s-a raportat că riscul de a face o boală cardiacă la femeile care lucrează și în afara casei crește liniar cu numărul de copii pe care femeia îi are (LaCroix, 1987 cf. Kratz și McCeney, 2002).

În ceea ce privește asocierea dintre stres și rata mortalității în rândul bolnavilor cardiaci au fost realizate numeroase studii. S-a constatat, astfel, că apariția dezastrelor naturale și/sau a violenței domestice a fost relaționată cu o creștere a numărului de evenimente cardiace și a deceselor cardiace subite (Meisel et al., 1995 cf. Kratz, 2002). În alte studii s-a observat că evenimente stresante de viață, cum ar fi decesul soțului/soției, au apărut cu 24 de ore înainte de decesul pacienților care au murit subit din cauza unei boli coronariene (Cottington et al., 1980). Un alt studiu realizat pe o populație de 95647 de subiecți care au fost monitorizați timp de 5 ani a indicat o mortalitate mai mare ce apare imediat după un doliu, înregistrându-se o creștere de două ori a riscului în rândul bărbaților și de trei ori mai mare în rândul femeilor (Kaprio, Koskenvuo și Rita, 1987 cf. Nezu et al., 2003).

Deși există date care arată că factorii psihologici pot precipita aritmiile maligne (Lampert et al., 2000), există și studii care infirmă existența vreunei asocieri între apariția aritmiilor și factorii psihologici. De exemplu, The Cardiac Arrhythmia Pilot Study a evaluat această asociere, aplicând, timp de un an, unui număr de 353 de pacienți un chestionar ce cuprindea diferite variabile psihologice și nu a găsit nicio relație între aceste variabile psihologice și creșterea ratelor contracțiilor ventriculare premature (Follick et al., 1990 cf. Nezu et al., 2003).

Cercetările actuale sunt centrate pe factorii ce promovează rezistența individului în fața bolii cardiace, percepută ca stresor. De exemplu, un studiu a examinat consecințele pe termen lung ale gradului ridicat de distres al pacientului internat în spital în perioada imediat următoare unui IMA (Frasure-Smith, 1991). Astfel, în timpul spitalizării, au fost chestionați 229 de pacienți de gen masculin aceștia răspunzând la întrebări ce măsurau simptomele distresului psihologic (Goldberg, 1972). S-a constatat că, pacienții care au raportat mai mult de 5 simptome din cele 20 cuprinse în chestionarul de evaluare au avut în următorii 5 ani o rată a mortalității din cauze cardiace de aproximativ 2,5 de ori mai mare comparativ cu alți pacienți.

Capitolul 4

Rolul suportului social în contextul bolii cardiace

Suportul social reprezintă o resursă centrală pentru dezvoltarea şi bunăstarea umană, o dimensiune majoră a comportamentului social situată la interfaţa dintre individ şi sistemul social din care acesta face parte (Orford, 1998). Din punct de vedere sociologic, suportul social face referire la integrarea socială a individului în cadrul comunităţii. Perspectiva psihologică de abordare a suportului social se centrează pe studiul rolurilor sociale şi al comportamentelor de rol, pe modul în care nevoia de suport social şi disponibilitatea acestuia se modifică de-a lungul existenţei, precum şi pe aspecte ce ţin de rolul suportului social în conturarea identităţii personale. Atunci când studiază suportul social, psihosociologii analizează satisfacţia individului cu viaţa, cu relaţiile sale sociale ce au rol determinant în conturarea sentimentelor de satisfacţie cu viaţa.

Suportul social este important în menţinerea sănătăţii fizice şi psihice a individului. Acesta intervine, în special în situaţiile de criză şi în perioadele de stres psihosocial. Rolul suportului social este acela de a integra social individul, de a-i creşte stima de sine, de a-l ajuta să aibă încredere în oameni şi de a se simţi în siguranţă. Unii teoreticieni leagă suportul social de modul de percepere a lumii sociale proprii individului sau de deprinderile şi competenţa socială a individului, în timp ce alţii îl consideră o caracteristică mai curând a unor reţele sau comunităţi decât a indivizilor.

4.1. Definirea, istoricul şi măsurarea suportului social în raport cu starea de sănătate

Încă din anul 1897, odată cu publicarea de către Durkheim a studiului său ce relaţiona ratele sinuciderilor de deficitul integrării individului în reţeaua relaţiilor sociale, a fost supusă atenţiei asocierea dintre integritatea socială şi starea de sănătate şi bunăstare. Apoi, ca rezultat al urbanizării şi industrializării din anii 20, atenţia s-a recentrat pe efectele negative ale disoluţiei reţelelor sociale şi pe sentimentul dezintegrării sociale (McKenzie, 1926 cf. Rice, 2000).

Conceptul de suport social a început să reţină cu adevărat atenţia în anii 70, în special datorită activităţii lui Antonovsky (1974), Cassel (1974), Caplan (1974), Weiss (1974) şi Cobb (1976), care au analizat factorii ce pot ameliora

efectele evenimentelor de viaţă negative (Rice, 2000). Cobb a analizat suportul social, definindu-l ca fiind, atât sentimentul unei persoane de a fi îngrijită, iubită, stimată şi valorizată, cât şi acela de apartenenţă la reţele de comunicare cu rol de sprijin (Cobb, 1976 cf. Cockerham et al., 1998).

În anii 80, din ce în ce mai mulţi cercetători încep să-şi focalizeze atenţia asupra conceptualizării suportului social. Kahn şi Antonucci (1980) au fost în mod special interesaţi de rolul reţelelor sociale, în timp ce House (1981) a analizat atât rolul suportului social în adaptarea la stresul profesional, cât şi importanţa anumitor forme de suport. Wortman (1984) a fost, de asemenea, interesat de componentele suportului social, şi, în mod special, de adaptarea la stresori de tipul cancerului (Dunkel-Schetter şi Wortman, 1982 cf. Rice, 2000).

În continuare, vor fi prezentate câteva dintre conceptualizările suportului social. În viziunea a doi autori (Dolbier şi Steinhardt, 2000) suportul social este *„un proces prin care se oferă sau se schimbă sprijin cu alte persoane în scopul de a facilita unul sau mai multe obiective ale adaptării*". În anul 2000, Cohen defineşte suportul social ca fiind existenţa posibilităţii de a avea o varietate de contacte sociale ce reprezintă resurse ce stau la dispoziţia unei persoane în beneficiul acesteia (Kratz, 2002). De asemenea, Septimiu Chelcea (2003, p.350) defineşte suportul social ca fiind *„susţinerea psihologică a persoanelor: confortul, asistenţa şi informaţiile primite din partea indivizilor şi grupurilor în cadrul relaţiilor formale şi informale*", adăugînd şi că *„în psihosociologie, termenul de suport social se utilizează şi pentru a desemna resursele care provin de la alte persoane*".

O altă preocupare a cercetătorilor ce au analizat suportul social vizează măsurarea acestuia. Datorită complexităţii sale, măsurarea conceptului de suport social ţine cont de aspecte precum *cantitatea/calitatea suportului social, specificitatea/globalitatea în măsurarea suportului social sau de modul în care suportul social este primit/ perceput.*

Măsurarea suportului social se realizează prin evaluarea structurii şi funcţionării relaţiilor sociale. Astfel, în timp ce suportul structural reflectă interacţiunile sociale, reţelele şi legăturile sociale, suportul funcţional se centrează pe funcţionarea specifică a sprijinului, luându-se în considerare diferenţele în funcţionarea suportului care oferă sprijin instrumental sau material şi sprijin ce oferă confort şi îngrijire emoţională. Unii cercetători consideră că măsurarea suportului structural este o analiză cantitativă a reţelelor sociale (numărul sau frecvenţa persoanelor suport), în timp ce măsurarea suportului funcţional se realizează prin analiză calitativă (valoarea sau importanţa acestui suport) (Antonucci şi Johnson, 1994). Aşadar, suportul social funcţional se referă la sprijinul instrumental (material), informaţional şi emoţional obţinut de o persoană din relaţiile sale sociale şi comunitare (Cohen şi Wills, 1985). În studiile timpurii, aşa numitele reţele sociale au fost măsurate cantitativ prin evaluarea unor factori

precum gradul în care cineva participă în cadrul activităților dintr-un grup sau organizație sau numărul de membrii ai familiei sau prietenilor din prezent (Rozanski et al., 1999). Dacă un cercetător ar fi interesat să examineze efectul percepției diferitelor funcții ale suportului social în adaptarea la un dezastru natural, cel mai eficient ar fi să utilizeze o măsurare calitativă, specifică a suportului social perceput. Aşadar, abordarea structurală în definirea suportului social vizează rețelele de relații, analizând variabile precum mărimea, densitatea şi conținutul suportului social, în timp ce abordarea funcțională, calitativă ia în considerare aspecte ce țin de calitatea relațiilor unei persoane, de posibilitatea ca aceste relații să dețină funcții de suport (emoțională, informațională, materială, de apreciere etc.) la un moment dat. Mărimea suportului social face referire la numărul de persoane incluse de o persoană în rețeaua sa socială, ținând seama de criterii precum: să se cunoască după nume, să aibă o relație personală curentă sau să intre în contact cel puțin o dată pe an.

Un alt atribut asociat suportului social este specificitatea acestuia, un atribut care indică măsura în care instrumentele de evaluare a suportului social vizează o structură specifică a acestuia (de exemplu, familia, prietenii etc.) sau o funcție specifică a suportului (de exemplu, funcția informațională, emoțională sau materială). Dacă măsurarea suportului social nu țintește măsurarea specificității acestuia, atunci apare un alt atribut, cel al globalității măsurării suportului social, atribut ce reflectă existența unei combinații de itemi relaționați atât cu structura suportului social, cât şi cu funcțiile acestuia într-un index global nediferențiat. Măsurătorile globale evaluează gradul de integrare socială a unei persoane într-o rețea socială mai largă (Cohen şi Wills, 1985 cf. Dolbier, Steinhardt, 2000).

În măsurarea suportului social o distincție necesară apare atunci când trebuie să luăm în considerare percepția persoanei cu privire la resursele de suport social de care dispune, ca şi primirea efectivă a acestor resurse. Cercetările epidemiologice au conceptualizat suportul social tradițional ca suport primit (de exemplu interacțiunile cu prietenii, participarea în diferite grupuri sociale, biserică, munca în afara casei, statutul marital etc.). În acelaşi timp, cercetătorii au conceptualizat suportul social cognitiv ca fiind percepția conform căreia o persoană este sprijinită de alții, acuratețea percepției nefiind foarte importantă.

Pentru a determina o măsurare adecvată a suportului social care să fie utilă şi care să ajute la progres în ceea ce priveşte înțelegerea relațiilor dintre suportul social şi starea de sănătate, cercetătorii trebuie să utilizeze întrebări specifice de cercetare cu privire la suportul social. De exemplu, dacă cineva este interesat de examinarea efectului numărului actualelor relații sociale ale unei persoane asupra mortalității, ar fi util să folosească o măsurare care să evalueze suportul social primit în prezent şi nu percepția suportului disponibil, să fie cantitativă, evaluând numărul mai curând, decât semnificația relațiilor sociale şi să fie globală, asigurând evaluarea înrădăcinării sociale mai curând decât o funcție sau o structură specifică a suportului.

4.2. Formele suportului social

Cercetătorii disting mai multe funcții principale ale caracteristicilor specifice pe care trebuie să le aibă relațiile sociale pentru a fi considerate suportive şi pentru a putea influența pozitiv starea de bunăstare a unei persoane (Orford, 1998). De-a lungul timpului, au fost elaborate numeroase conceptualizări cu privire la formele suportului social, cele mai multe dintre acestea incluzând componente ce implică atât sprijinul fizic, cât şi sprijinul emoțional. În 1974, Weiss, focalizându-se exclusiv pe aspectele emoționale ale relațiilor semnificative, stabileşte, ca dimensiuni caracteristice suportului social atașamentul, integrarea socială şi aprecierea (Rice, 2000).

Kahn şi Antonucci (1980) au diferențiat trei forme de suport social: material (sprijin direct, instrumental sub forma bunurilor, banilor şi informațiilor), emoțional (exprimarea grijii, a respectului şi a iubirii) şi apreciativ (conştientizarea oportunității sau justeții anumitor acțiuni). House (1981) a împărțit dimensiunea sprijinului în două componente: suport instrumental sau ajutor direct şi suport informațional, în timp ce Wortman (1984) şi Underwood (1986) au adăugat acestora şi suportul emoțional, sub forma ascultării. Barrera (1981) a propus o conceptualizare ce încorporează 6 elemente similare celor găsite de House (1981): ajutor material, asistență fizică, interacțiune intimă, ghidare, feedback şi participare socială (Rice, 2000).

Funch şi Mettlin (1982) au descoperit că formele de suport sunt diferite din punct de vedere al eficienței. În studiul lor, doar sprijinul financiar a fost relaționat cu recuperarea printre pacienții diagnosticați cu cancer la sân. Alți cercetători au stabilit că nu există o formă de sprijin mai eficientă comparativ cu alta (Brown, 1986; Meister, 1982; Underwood, 1986 cf. Rice, 2000).

Lugton (1997) a utilizat, de asemenea, abordări calitative pentru a analiza semnificația suportului social pentru femeile tratate pentru cancer de sân. Femeile aveau nevoie de sprijin pentru a face ca diagnosticul să pară mai puțin amenințător şi de asistență pentru menținerea sau schimbarea identității lor. Umorul, definirea anormalității, prietenia şi comparațiile cu cei de aceeaşi vârstă au fost forme de sprijin ce au avut ca scop remodelarea percepției privind amenințarea. S-a constatat că pot fi furnizate şase tipuri de sprijin pentru menținerea sau schimbarea identității: sprijin emoțional, prietenie, ajutor practic, oportunitatea de a te confesa, suport experiențial, suport privind identitatea sexuală. Sunt reflectate astfel în această conceptualizare elementele suportului social emoțional, informațional sau material (Rice, 2000).

Aşadar, suportul social poate acoperi o arie variată de nevoi : materiale, informaționale, emoțional-efective, de îngrijire, de recunoaştere şi afirmare, de consiliere, de interacțiune socială pozitivă etc. Funcțiile suportului social stabilite de Jim Orford în 1998, aşa cum sunt prezentate în tabelul 2 sunt cea emoțională, de apreciere, informațională sau cognitivă şi cea materială sau instrumentală.

Tabelul 2. **Funcţiile suportului social**

Emoţională	Expresiv, suport afectiv, îngrijire
De apreciere	Afirmare, suport valoric, recunoaştere
Informaţională	Consiliere, suport cognitiv, îndrumare
Materială	Concret, suport instrumental, ajutor
Colegială	Interacţiune socială pozitivă

Sursa: „Psihologia comunităţii", *Jim Orford, 1998, p. 118*

Funcţia emoţională a suportului social este funcţia care oferă confort şi stimă de sine, suportul social emoţional ocupând un loc central în cadrul conceptului suportului social. Suportul emoţional pare a fi cel mai important tip de sprijin în toate fazele unei situaţii problematice: criza, tranziţia şi faza finală, cronică. Activităţile realizate de cei ce oferă un astfel de suport pot include: asistenţă sub formă de încurajare, exprimarea căldurii personale şi a empatiei, identificarea, denumirea şi reflectarea emoţiilor, manifestarea dragostei şi a afecţiunii pentru celălalt, comunicarea empatică, manifestarea încrederii şi a susţinerii necondiţionate, manifestarea unei conduite cu rol în declanşarea unui sentiment de siguranţă şi formarea credinţei că un individ este admirat, respectat, exprimarea plăcerii, admiraţiei, a disponibilităţii unei persoane de a discuta problemele cele mai delicate.

Funcţia de apreciere a suportului social este concretizată în sprijinul axat pe stima şi preţuirea unei persoane, indiferent de ceea ce i se întâmplă sau de condiţiile în care trăieşte, ce constă în exprimarea preţuirii, admiraţiei şi respectului pentru celălalt, contribuind la amplificarea preţuirii de sine a persoanei (Zani, 2003).

Funcţia cognitivă sau informaţională a suportului social este funcţia prin care se oferă informaţii şi sfaturi necesare rezolvării unor probleme sau se învaţă anumite deprinderi ce pot fi necesare unei persoane pentru rezolvarea unei probleme cu care se confruntă. Acest suport include şi un sprijin centrat pe analiză, pe evaluare, acesta referindu-se la oferirea de informaţii cu rol în a ajuta o persoană să-şi evalueze propriile performanţe, dar şi sfătuirea, îndrumarea şi consilierea în diverse domenii a unei persoane.

Funcţia material-instrumentală a suportului social se referă la acea formă de ajutor direct şi material adresat unei persoane aflată într-o situaţie de dificultate, ce presupune incapacitatea de a-şi satisface o nevoie şi constă în furnizarea de bani, bunuri şi servicii ce pot ajuta o persoană să rezolve unele probleme practice. Printre activităţile ce au această funcţie de sprijin pot fi amintite asistenţa unei persoane pentru munca din gospodărie, îngrijirea copiilor, acordarea unor împrumuturi sau donaţii în bani, transportul, îngrijirea unei

gospodării în lipsa proprietarului, oferirea de bunuri materiale (mobilă, cărţi, maşină de spălat, haine etc.), oferirea de ajutor în perioade critice precum îmbolnăvirea sau decesul unui membru al familiei.

4.3. Sursele suportului social

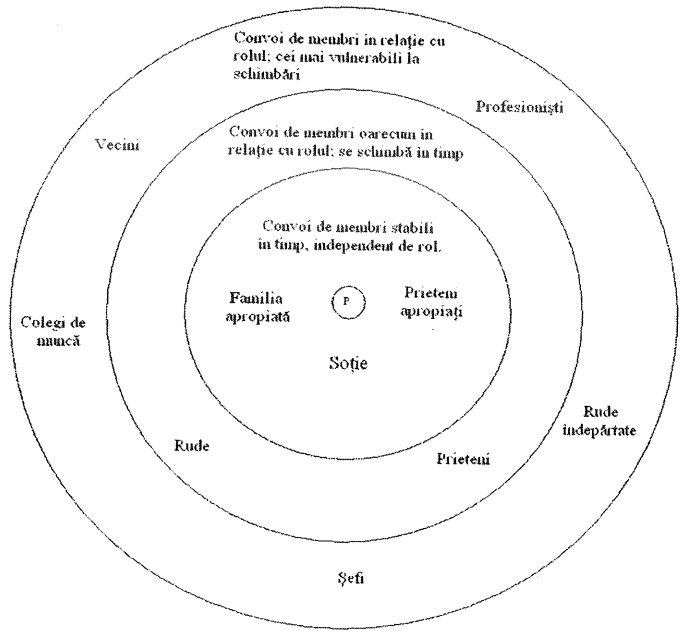
Conceptualizările suportului social ce încorporează dimensiunea reţelelor sociale reflectă, mai curând, structura lor decât proprietăţile funcţionale ale acestora.

Reţelele sociale au fost descrise ca fiind convoaie ce însoţesc o persoană de-a lungul vieţii şi care apar într-un context specific unei situaţii percepută sau identificată ca fiind stresantă (Rice, 2000). Un exemplu de convoi este cel prezentat în figura 5, unde se poate observa că persoana centrală (P) poate fi înconjurată de mai mulţi indivizi, în decursul vieţii sale. Unii membri o părăsesc, în timp ce alţii i se alătură. În primul cerc sunt relaţiile cu cea mai mare importanţă pentru persoană, acestea reprezentând şi cel mai mare sprijin la care poate apela P. De aceea, disoluţia acestor relaţii determină, în general, un puternic sentiment de pierdere. În ultimul cerc întâlnim relaţii de care P se poate lipsi mai uşor, dar, cu toate acestea, de multe ori, pe termen scurt, aceste relaţii pot reprezenta un adevărat sprijin. Mărimea suportului social perceput de P cuprinde numărul de persoane pe care P le include în reţeaua sa socială după mai multe criterii cum ar fi : să se cunoască după nume, să aibă o relaţie personală curentă sau să intre în contact cel puţin o dată pe an. Densitatea adiacentă reprezintă numărul de relaţii diadice care există între indivizii din reţeaua socială a unei persoane în timp ce conţinutul reţelei sociale vizează natura relaţiei dintre persoana centrală (P) şi un membru al reţelei acesteia. Densitatea adiacentă poate fi calculată cu ajutorul formulei : 2x / n (n-1), unde: n este numărul de persoane din reţea şi x este numărul relaţiilor existente între aceste persoane (Orford, 1998).

Sursele suportului social pot fi surse informale (familia, prietenii, colegii, vecinii, cunoştinţele) şi surse formale (specialişti – asistenţi sociali, consilieri, psihologi, medici etc. sau instituţii şi servicii sociale, grupuri comunitare de suport).

Aşadar, atunci când cineva nu reuşeşte să-şi rezolve problemele şi apelează la alte persoane în care are încredere, când are nevoie de ajutor material sau când are nevoie de o persoană căreia să-i poată împărtăşi temerile şi fricile, ea apelează la una dintre sursele de suport social ce-i stau la dispoziţie: familie, prieteni, colegi, vecini, specialişti (asistenţi sociali, consilieri, psihologi etc.) sau grupuri de suport comunitare.

***Figura 5* „Convoiul de suport social"**



***Sursa** : Kahn şi Antonucci, 1980 cf. Orford, J.* „Psihologia comunităţii. Teorie şi practică ", *Bucureşti, Ed. Oscar Print, 1998, p. 115.*

Alte studii au arătat că există diferenţe în ceea ce priveşte beneficiile suportului social în funcţie de percepţia cu privire la cel ce oferă suportul (Underwood, 1986 cf. Rice, 2000). Astfel, sursele de suport pot fi percepute diferit în funcţie de forma de suport pe care sunt capabile să le ofere. De exemplu, s-a demonstrat că sprijinul din partea familiei şi prietenilor poate fi valoros, dar ei pot să nu deţină cele mai bune resurse informaţionale necesare facilitării adaptării eficiente într-o anumită situaţie. În aceste condiţii, sursele profesionale pot juca un rol mai important. Alte conceptualizări ale suportului social s-au focalizat pe analizarea calităţii relaţiilor dintre furnizorii de suport şi cei ce primesc sprijinul (Brown şi Harris, 1978; Qureshi şi Walker, 1989).

Concluzionând, se poate constata că principalele surse de suport social sunt fie surse informale precum familia, prietenii, colegii, vecinii, fie surse formale de tipul serviciilor, grupurilor şi organizaţiile de suport comunitare.

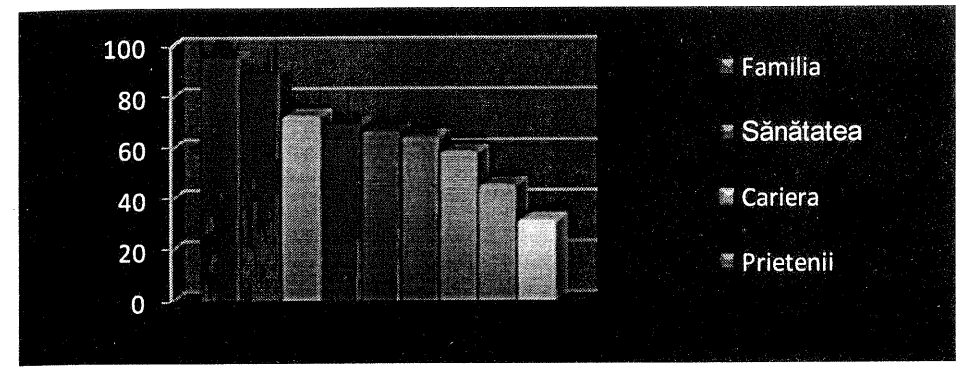
4.3.1. Familia ca sursă de suport social

Un studiu realizat în SUA, în 2003, arată că americanii plasează importanţa vieţii de familie pe primul loc în rândul celor mai importante aspecte ale vieţii, înaintea sănătăţii, carierei, prietenilor, banilor, religiei, timpului liber,

hobby-urilor şi activităţilor comunitare (Benokraitis, 2005 cf. Mardare, 2007) (vezi figura 6).

În 1987, McClelland afirma că există date conform cărora sistemul imunitar este mai puternic pentru oamenii cu nevoi de afiliere puternice, care sunt mai predispuşi să se îndrăgostească sau să formeze relaţii apropiate.

***Figura 6.* Aprecierea importanţei rolului familiei în rândul aspectelor vieţii**



***Sursa**: David W. Moore, 2003,* „Gallup Poll Analysis" *(conducted December 5-8,2002), apud Benokraitis N., 2005*

Pare că există avantaje biologice directe provenite din relaţiile apropiate (Argyle, 1992). A avea copii conduce, de asemenea, la scăderea ratei mortalităţii, în special a părinţilor cu vârste mai mici de 45 de ani. Williamson şi Clark au descoperit, în 1989, că, în cadrul relaţiilor apropiate sau a celor obişnuite, persoanele implicate sunt mai concentrate pe nevoile şi bunăstarea celorlalţi şi fac lucruri care-i ajută pe ceilalţi, aceasta fiind pentru ei o sursă de bucurie (Argyle, 1992).

Fiind un sistem, familia se transformă dintr-o colecţie de indivizi într-un întreg organic ale cărei părţi funcţionează într-un mod care transcende caracteristicile individuale (Nichols şi Schwarts, 2001). Este cunoscut faptul că persoanele care au legături sociale puternice (familiale, de prietenie, de vecinătate sau colegiale) tind să facă faţă stresului mai bine. Ele tind, de asemenea, să fie mai fericite, mai sănătoase şi să trăiască mai mult. Ele pot oferi, de asemenea, o fundaţie puternică a iubirii şi acceptării care pot face o persoană să facă faţă stresorilor vieţii de zi cu zi. Şi aceasta, deoarece, familiile pot oferi un suport emoţional imens, în special în momentele de criză. Schimbări majore în dinamica familiei precum boala, moartea, divorţul sau schimbarea domiciliului pot slăbi fundaţia unei familii.

Familia, ca sistem al îngrijirii de-a lungul vieţii unui individ, funcţionează ca o sursă de informaţii, credinţe şi semnificaţii. Suportul social oferit de membrii

familiei este în general conceptualizat ca suport instrumental sau material, emoțional sau informațional (Crane şi Marshal, 2006).

Suportul social oferit de familie este în general conceptualizat ca suport instrumental, emoțional şi informațional. Îndeplinirea unor sarcini, precum cele asociate traiului zilnic este conceptualizată ca fiind suport material, suportul emoțional oferă unei persoane sentimentul că este iubită şi îngrijită, în timp ce suportul informațional implică de obicei oferirea de informații şi sfaturi cu privire la starea de sănătate (Campbell şi McDaniel, 2001 cf. Crane şi Marshal, 2006).

În ultimii ani a crescut numărul studiilor care arată numeroase modalități prin care relațiile sociale influențează starea de sănătate. Pentru cei mai mulți pacienți, cele mai influente relații sunt cele avute cu membrii familiei lor. De aceea, boala unui membru al familiei devine boala familiei, adaptarea la boală fiind necesară atât pentru individul bolnav, cât şi pentru familia care, de cele mai multe ori, suferă la fel de mult ca şi bolnavul însuşi.

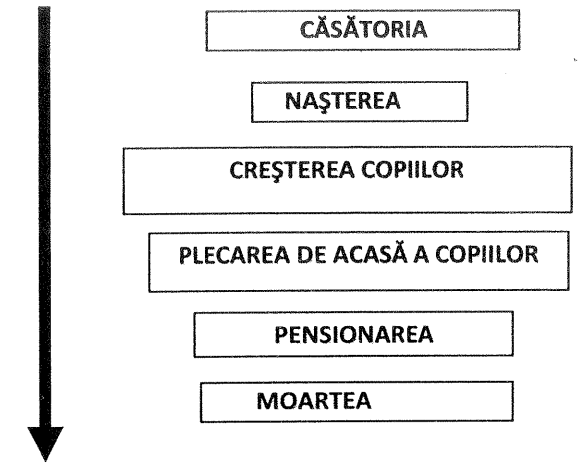
Larry Fisher şi asociații săi au sugerat 4 motive pentru care familia unui pacient ar avea un rol important în îmbunătățirea sănătății acestuia. În primul rând, cea mai mare parte a procesului de adaptare la boală are loc acasă, în familie. În al doilea rând, familia este sursa relațiilor intime cele mai influențabile ale unei persoane. În al treilea rând membrii familiei sunt nevoiți ca, simultan cu pacientul, să adopte noi obiceiuri sau să le schimbe pe cele vechi (alimentație, exerciții fizice, supravegherea sănătății). Alături de pacientul diagnosticat, membrii familiei au responsabilitate parțială pentru comportamentul pacientului (de exemplu cumpărarea şi pregătirea alimentelor sunt instrumente în schimbarea pe termen lung a obiceiurilor). În al patrulea rând, familia poate influența comportamentul pacientului prin influențarea atitudinilor şi practicilor culturale ale acestuia (Fisher et al., 1998). Cel mai bine documentat este efectul suportului social oferit de familie asupra comportamentului sănătos. Oamenii căsătoriți şi cei care au copii beau mai puțin, conduc autovehicule mai puțin, nu consumă droguri şi se implică mai puțin în comportamente de risc. Cei ce locuiesc cu alte persoane au grijă mai mare de ewi înşişi, fie datorită faptului că ceilalți îi țin departe de a se abate de la comportamente sănătoase, fie pentru că se simt responsabili pentru ceilalți.

Calitatea relației maritale, o dimensiune specială a suportului social, a primit o atenție considerabilă în ultimul deceniu. În timp ce adulții căsătoriți au o rată a morbidității şi mortalității mai redusă comparativ cu adulții singuri (Burman şi Margolin, 1992), beneficiile de a fi căsătorit pot fi mai mari pentru bărbați, în timp ce calitatea relației maritale apare ca fiind predictivă pentru sănătatea femeilor (Berkman et al., 1992; Coyne et al., 2001; Martikainen şi Valkonen, 1996; Orth-Gomer et al., 2000). În anul 1987, Glaser şi colaboratorii săi afirmau că femeile căsătorite care sunt puternic atașate de soții lor au un sistem imunitar mai activ. Aceasta poate explica de ce oamenii căsătoriți şi cei care au copii

trăiesc mai mult. Suportul familiei are cel mai puternic efect asupra sănătății, în special pentru femei (Argyle, 1992).

Fiecare familie are o istorie şi un ciclu de viață ce descrie modul în care familia se schimbă, trecând prin anumite etape predictibile de viață (vezi figura 7) şi a modului în care face față acestor schimbări predictibile.

Figura 7. **Etapele ciclului de viață al familiei**



Aşadar, familiile se dezvoltă precum individul. Ele traversează anumite etape previzibile şi trebuie să răspundă la anumite cerințe şi aşteptări pe care le are din mediul social. Stresul apare atunci când resursele şi abilitățile de coping ale familiei sunt inadecvate pentru a răspunde aşteptărilor din mediul social. Făcând referire la interfața bolii cu dezvoltarea individuală şi cea a familiei, pot fi investigate stilurile centrifuge sau centripete în ciclul vieții de familie. În momentul diagnosticării unei boli cronice este important să cunoaştem faza ciclului vieții de familie şi etapa dezvoltării individuale a fiecărui membru al familiei, nu doar a membrului bolnav pentru că boala cronică a unui membru al familiei poate afecta profund obiectivele de dezvoltare ale altui membru, pentru că membrii familiei, în mod frecvent, nu se adaptează uniform la boala cronică; abilitatea fiecărui membru de a se adapta la boală este direct relaționată cu dezvoltarea individuală a fiecărui membru şi cu rolul său în familie. Adaptarea la boala cronică şi la moarte sunt considerate sarcini de adaptare anticipate în perioada de adult târzie. Pe de altă parte, bolile şi pierderile ce apar mai devreme sunt în afara fazei şi tind să fie mai disruptive din punct de vedere al dezvoltării. De asemenea, bolile pot fi mai distructive pentru familii într-o perioadă centrifugală a dezvoltării, în timp ce debutul bolii cronice tinde să creeze o perioadă de tranziție, a cărei lungime şi intensitate depinde de tipul psihosocial şi faza îmbolnăvirii. Mediul familial afectează nivelul de distres al unui pacient sau al membrilor familiei. Un mediul familial coeziv cu puține conflicte include

membrii puţin stresaţi şi cu abilităţi mai bune de coping decât familiile în care pacienţii, partenerii şi copiii nu au relaţii puternice şi au relaţii conflictuale.

Într-un alt studiu, Reddinhough şi colegii săi au intervievat, în 1977, 43 de copii astmatici şi pe părinţii acestora şi au descoperit că existau concepţii de bază greşite asociate bolii şi tratamentului acesteia. S-a constatat, de asemenea, că participanţii la studiu au exprimat temeri şi anxietăţi legate de moarte, de afectarea serioasă a inimii şi plămânilor, boala cauzând epuizarea tuturor membrilor familiei, şi, în special, a mamei. Autorii studiului au recomandat, în final, ca tratamentul să includă mai mult timp petrecut de specialişti împreună cu pacientul şi cu familia acestuia în scopul atenuării anxietăţilor ce însoţesc apariţia bolii într-o familie (Lask B. cf. Bentovim A. et al., 1989). Cercetările despre boală şi interacţiunile interpersonale s-au focalizat pe interacţiunile din familie (Grolnick,1972 cf. Bentovim A. et al., 1989). Un rezultat important al acestor cercetări este acela că relaţia maritală este un factor determinant major în adaptarea familiei la boala cardiacă, iar divorţurile şi problemele maritale ce apar în contextul apariţiei bolii sunt mai puţin frecvente atunci când există intervenţii terapeutice timpurii.

4.3.2. Prietenii, colegii şi suportul social

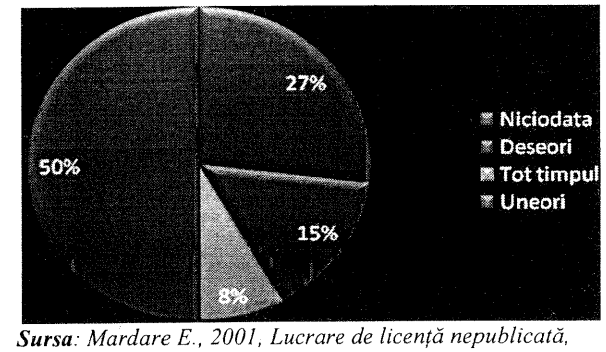
Un al doilea tip de suport social este cel oferit de grupurile şi reţelele de prieteni şi colegi. Aceste relaţii sunt de obicei mai puţin intense sau apropiate comparativ cu relaţiile din familie. Prietenii se implică în activităţile comune de timp liber, discută mult, în timp ce colegii cooperează şi se ajută unul pe altul la locul de muncă. Studiile arată că relaţiile de prietenie şi cele de colegialitate au beneficii pentru sănătate, indiferent dacă stresul este prezent sau nu. Aceasta este relevant, atât pentru adulţii vârstnici, a căror sănătate este, deseori, afectată de pierderea relaţiilor de prietenie sau colegialitate, cât şi pentru tinerii care valorizează foarte mult aceste relaţii, în special dacă relaţiile cu prietenii sunt apropiate, agreabile şi facilitează autodezvăluirile (Reis et al.,1984). A avea o reţea de siguranţă formată din prieteni sau colegi, la care să poţi apela în caz de nevoie, poate îmbunătăţi capacitatea unei persoane de a se adapta la stres şi la provocările vieţii. De asemenea, independent de situaţiile solicitante în care e nevoie de sprijin, a te bucura de compania altor persoane poate face viaţa unei persoane mai plăcută.

Unul dintre beneficiile unei relaţii de prietenie este faptul că petrecerea timpului liber cu prietenii se constituie într-una dintre principalele surse de bucurie trăite de o persoană. În acelaşi timp relaţia de prietenie poate reduce emoţiile negative ca depresia şi anxietatea, facilitează activitatea de cooperare, de recreare, satisfăcând nevoia de integrare socială, de acceptare din partea altora, ceea ce conduce la autoacceptare.

În 1992, Argyle afirma că stresorii de la locul de muncă reprezintă o sursă semnificativă de îmbolnăvire, aceste efecte putând fi serios reduse sau eliminate în condiţiile în care ar exista un suport social perceput din partea colegilor sau şefilor, considerându-se, în anumite studii, că acest tip de suport social necesar adaptării la dificultăţile de la locul de muncă este mai util, uneori, chiar decât suportul familiei.

Un studiu realizat, în anul 2000, în rândul personalului medical (medici şi asistente medicale) ce-şi desfăşoară activitatea în trei dintre spitale din Bucureşti, şi-a propus ca obiective identificarea surselor de tensiune din rândul personalului medical şi realizarea unei ierarhii a surselor conflictuale generatoare de stres profesional. În scopul atingerii obiectivelor studiului au fost aplicate chestionare unui lot de 100 de subiecţi (50 de medici şi 50 de asistente medicale). Un rezultat important al studiului a fost asociat variabilei privind percepţia frecvenţei cu care subiecţii percep lipsa suportului afectiv din partea colegilor si a unei atmosfere calme şi prieteneşti la locul de muncă. Astfel, 73% dintre cei chestionaţi au declarat că resimt această lipsă aşa cum se observă în figura 8 (Mardare, 2001). Făcând o comparaţie între lotul medicilor şi cel al asistentelor medicale, lipsa suportului afectiv din partea colegilor a fost resimţită mai acut de către medici (80%), în timp ce doar 65% dintre asistentele medicale au avut această percepţie. Un alt rezultat al cercetării este faptul că pe locul 2 în ierarhia surselor tensionale de la locul de muncă pentru medici se află conflictele generate de familie (vezi tabelul 3).

Figura 8. **Frecvenţa cu care sunt resimţite lipsa suportului afectiv şi o atmosferă calmă la locul de muncă**



***Sursa**: Mardare E., 2001, Lucrare de licenţă nepublicată, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti.*

Ca urmare, se poate aprecia că, în lipsa unui suport din partea familiei, medicii resimt mai acut lipsa suportului afectiv din partea colegilor, comparativ cu asistentele medicale. În ceea ce priveşte colaborarea profesională cu alţi colegi, conform aceluiaşi studiu, 61% dintre cei chestionaţi declară că au dificultăţi de acest gen. Comparativ, 75% dintre medici au dificultăţi în colaborarea profesională cu alţi colegi, în timp ce 45% dintre asistente au astfel de dificultăţi (Mardare, 2001).

Tabelul 3. **Ierarhia surselor de tensiune în rândul personalului medical**

Locul în ierarhie	Lotul A (asistente)	Lotul B (medici)
1.	Solicitările profesionale	Solicitările profesionale
2.	Insuficiența resurselor	Conflicte generate de familie
3.	Relații conflictuale cu colegii	Insuficienta resurselor
4.	Dificultăți de comunicare	Dificultăți în relația cu pacienții
5.	Dubii profesionale	Relații conflictuale cu colegii
6.	Dificultăți în relația cu pacienții	Dificultăți de comunicare
7.	Conflicte generate de familie	Dubii profesionale

***Sursa**: Mardare Elena,* „Comunicare și conflict în grupul de muncă din spital", *Prezentare la Congresul Național de Cardiologie, Sinaia, 2001.*

În general, munca are efecte benefice asupra stării de sănătate, cei ce lucrează având o sănătate mai bună decât cei ce nu lucrează. S-a constatat, de exemplu, că șomerii sunt mai puțin sănătoși, aceștia înregistrând, deseori, o creștere a nivelului colesterolului și a ratei mortalității (Argyle, 1992). Cu toate acestea locul de muncă și rolul profesional pot genera solicitări ce pot afecta starea de bunăstare fizică, psihică și socială a unei persoane. În astfel de condiții, intervine rolul de suport pe care relațiile de colegialitate îl au în adaptarea la anumite situații solicitante.

Persoanele care lucrează în echipe sunt mai puțin stresate decât cele care muncesc pe cont propriu sau în grupuri mai puțin coezive (Carter și West, 1999). West afirmă că înclinația umană fundamentală și motivația puternică de a forma și menține relații semnificative, pozitive și durabile ajută o persoană să înțeleagă cum funcționează echipa de lucru și, mai ales, sentimentele trăite de membri. În același timp, există diferențe în privința asocierii sănătății mentale de anumite ocupații ce implică sarcini solicitante și monotone și posibilitatea de a avea contacte sociale cu colegii de lucru pe parcursul zilei. S-a constatat că persoanele care glumesc și discută amical cu alți colegi prezintă mai puține probleme psihice, comparativ cu cei care nu se pot bucura de conversația celor din jur, din cauza zgomotului sau a naturii sarcinii lor (Cohen și Wills,1985 cf. West, 2005). În condițiile în care sprijinul echipei este foarte important în adaptarea la stresul profesional, cu cât grupul funcționează mai bine, cu atât membrii grupului sunt mai puțin stresați.

4.4. Efectele suportul social asupra stării de sănătate

Datorită diversității termenilor de conceptualizare și măsurare a suportului social din studiile de cercetare, literatura și perspectivele sunt din ce în ce mai complexe în ceea ce privește intenția de a determina dacă suportul social are un impact direct asupra stării de sănătate sau doar de tampon asupra efectelor negative ale stresului asupra stării de sănătate.

Cum influențează suportul social starea de sănătate? Pentru a răspunde la această întrebare, cercetătorii au constatat că starea de sănătate a oamenilor care experimentează niveluri ridicate de stres variază în funcție de nivelul de suport primit sau de accesul la suportul social. Astăzi, există multe studii care investighează suportul social, numărul acestora fiind în continuă creștere, din momentul în care OMS a stabilit faptul că a avea rețele sociale puternice aduce beneficii stării de sănătate.

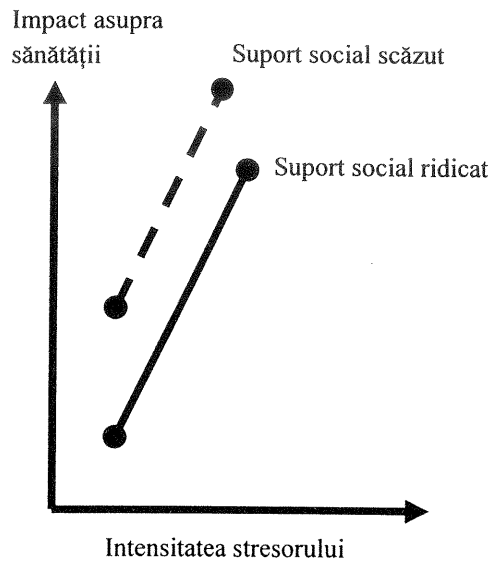
Atât abordarea cantitativă, cât și cea calitativă de măsurare a suportului social au asociat suportul social cu efecte pozitive asupra sănătății. De exemplu, abordând o măsurare cantitativă, s-a constatat că mărimea rețelei sociale are un efect pozitiv semnificativ asupra bunăstării psihologice și asupra simptomatologiei psihosomatice la adulți și la vârstnici. Un alt studiu realizat în rândul femeilor diagnosticate cu artrită reumatoidă a concluzionat că, pe măsură ce suportul social crește în cantitate, nivelul bunăstării psihologice a individului crește. De asemenea, Cohen și colegii săi au descoperit că diversitatea legăturilor sociale este relaționată cu scăderea ratelor infecțiilor respiratorii obișnuite (Cohen et al., 2000). Într-un alt studiu, analizându-se relația dintre suportul social cantitativ și rata mortalității, s-a constatat că, după nouă ani de observare, existau diferențe semnificative ale ratelor mortalității a celor ce aveau rețele sociale suportive fie solide, fie unele firave. S-a putut, astfel, observa că 30,8% din bărbații de peste 50 de ani ce aveau cele mai slabe rețele sociale au murit, comparativ cu doar 9,6% dintre cei ce aveau rețele sociale puternice. Un alt rezultat sublinia faptul că bărbații care aveau un suport social scăzut erau de 2,3 ori mai predispuși să moară, în timp ce femeile cu suport social redus erau de 2,8 ori mai predispuse să moară, comparativ cu cei ce aveau un suport social ridicat (Cohen, 2001).

Cohen (1992) a oferit date teoretice și empirice ce relevă faptul că măsurarea specifică, calitativă a suportului social demonstrează efectul său de tampon asupra stresului, în timp ce măsurarea globală, cantitativă a suportului social demonstrează un efect principal al suportului asupra stării de sănătate. Cohen și McKay afirmau în 1984 că, în special studiile centrate pe analiza rețelelor de prieteni au găsit un efect principal al suportului social care operează indiferent dacă există sau nu stres (Argyle, 1992). Conform acestui model, suportul social acționează pozitiv asupra stării de sănătate a unei persoane, producând un „efect primar" ce presupune că principiile active ale suportului, inerente diferitelor funcții și surse din care provine suportul social au o funcție de protecție asupra sănătății, indiferent dacă există sau nu evenimente stresante. Thoits, în 1985 afirma că lipsa de suport reprezintă o situație de risc potențial patogenă chiar și în condiții de lipsă a stresului (Zani și Palmonari, 2003).

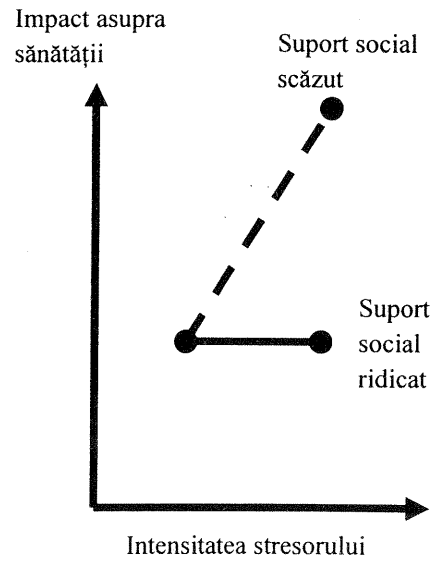
Cum au fost explicate efectele suportului social asupra stării de sănătate în general, și asupra bolii coronariene în special? În literatura de specialitate au fost propuse două modele explicative ale efectelor suportului social asupra stării de bunăstare biopsihosocială (vezi figura 9).

Figura 9. **Efectele suportului social asupra stării de sănătate**

Efect principal



Efect de amortizare a stresului



***Sursa**: Cohen si Wills,1985,* „Social Support and health" *cf. Orford Jim, Psihologia comunității, 1998, p. 136*

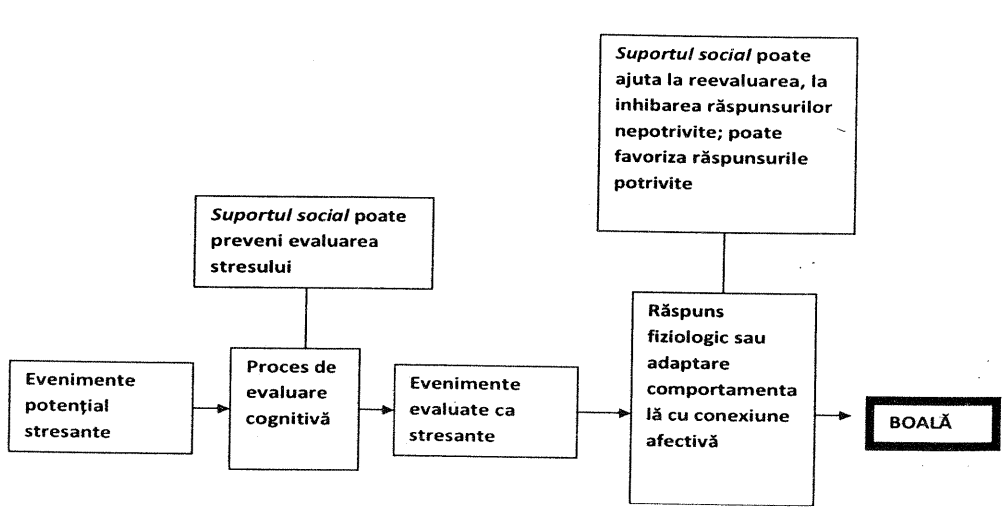
Efectul suportului social de amortizare a stresului apare prin diminuarea influenței potențial nocivă a stresului, acolo unde nu există stres, suportul social neavând niciun efect. Acesta este efectul „tampon" (*buffer effect*) (Zani, 2003). Acest lucru este argumentat, plecându-se de la faptul că suportul social este un beneficiu capabil să reducă sau să elimine stresul, să intervină în redefinirea suferinței sau a altor reacții la stres şi să crească abilitatea unei persoane de a face față situației solicitante. Membrii rețelei sociale pot ajuta individul să recunoască şi să evalueze mai bine stresorii şi îl pot ajuta să identifice soluții de depăşire a acestora. În acelaşi timp, membrii rețelei sale sociale pot să-i ofere acestuia suport emoțional cu rol în a contracara sentimentele de singurătate şi neputință ale individului şi să îl ajute pe acesta să facă față problemelor mai eficient, prin atenuarea efectelor stresului prin reducerea tensiunii, anxietății şi reacțiilor depresive. Aşadar datele favorabile modelului tampon sunt găsite atunci când măsurările specifice, calitative ale suportului social evaluează disponibilitățile funcțiilor specifice ale suportului şi răspund nevoilor declanşate de evenimentele stresante (Mardare, 2007).

Aşadar, conform modelului efectului indirect al suportului social asupra stării de sănătate, relația dintre evenimentele stresante şi bunăstarea individuală sunt mediate de resursele sau factorii de rezistență de care dispune o persoană sau pe care le poate activa, (resurse personale sau sociale). Sarason şi colegii săi au analizat modelele teoretice asociate acestui model. Astfel, ei au constatat că multe cercetări efectuate, plecând de la această perspectivă teoretică, au analizat rolul unor variabile precum sursele de stres (atât situațiile cronice semnificative, cât şi evenimentele de viață cotidiene), factorii de rezistență din mediul social (rolul suportului social şi caracteristicile rețelei sociale), factorii de rezistență personală (modalități de coping şi caracteristici de personalitate, cum ar fi auto-prețuirea şi localizarea controlului) (Sarason S., Sarason I. şi Pierce, 1990). Efectul indirect al suportului social asupra stării de sănătate a fost evidențiat în 1993 de Rosengren şi colegii săi care, realizând un studiu prospectiv, au observat timp de 7 ani un eşantion de 752 de bărbați de origine suedeză, cu vârste mai mici de 50 de ani, au constatat că suportul social a fost invers corelat cu mortalitatea. Un alt studiu, realizat de Kennell şi colegii săi, în 1991, pe un eşantion de 616 de femei însărcinate, a concluzionat că grupul de femei ce a beneficiat de suport social pe timpul sarcinii a avut un travaliu mai scurt, mai puține operații cezariene şi mai puține probleme neonatale, comparativ cu grupul de femei care nu a primit suport pe perioada sarcinii. De asemenea, într-un alt studiu, realizat în 1989 de Spiegel şi colegii săi, au fost observați 86 de paciente diagnosticate cu cancer de sân, constatându-se că grupul de bolnavi ce a primit suport social a avut rate de supraviețuire semnificativ mai mari, comparativ cu ceilalți bolnavi care nu au beneficiat de suport social (Orford, 1998).

Cercetările recente se centrează pe analiza unor combinații de factori, personali şi sociali, care pot influența în mai mare măsură rezistența la efectele negative ale stresului. Există deja numeroase confirmări ale acestui model, cercetătorii explicând când şi cum acționează suportul social în secvența ce leagă stimulii stresanți de reacția persoanei (Zani şi Pulmonari, 2003).

Aşa cum se observă în figura 10, Cohen şi Wills, în 1985, considerau că două sunt etapele în care suportul poate exercita o funcție de moderator. În primul rând, între evenimentul stresant şi reacția la acesta, deoarece gândul că alții pot oferi resurse ajută la atenuarea sau redefinirea cognitivă a situației, care e considerată mai puțin amenințătoare şi/sau la sădirea convingerii că noi înşine suntem mai capabili să-i facem față; în al doilea rând, între experiența stresului şi apariția unor efecte patologice, în măsura în care suportul poate atenua impactul subiectiv al stresului, oferind o soluție pentru problema în cauză, reducându-i importanța percepută, activând emoții pozitive sau reducându-le pe cele negative, stimulând aşadar răspunsurile active şi adecvate (Zani, 2003).

Figura 10. **Suportul social ca moderator al stresului**



Sursa*: Cohen S. şi Willis, T.A. 1985,* „Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis", *in Psychological Bulletin, nr. 98-310-357, 1985 cf. Zani B, 2003, p. 77.*

Existența unei relații între suportul social şi starea de sănătate a fost semnificativ afirmată de numeroase cercetări, dar mecanismele ce stau la baza acestei relații au beneficiat de o înțelegere mai puțin clară. Printre posibilele mecanisme fiziologice sau comportamentale identificate au fost: efectul suportului social asupra reacțiilor neuroendocrine ce poate reduce excitarea sistemului

nervos simpatic prin axa hipotalamo-hipofizo-adrenocorticală, efectul de calmare pe care sprijinul suportiv îl are în reducerea rapidă a anxietății şi a tensiunii musculare, efectul suportului social asupra stimei de sine, efectul asupra depresiei, mecanismul sugerat fiind acela că percepția unui sprijin disponibil scade gravitatea percepută a stresorilor, scade anxietatea, creşte abilitatea de adaptare, are efect asupra abuzului de substanțe, integrarea socială ridicată, alături de un bun sprijin emoțional, fiind corelată cu rate mai scăzute ale abuzului de tutun şi alcool.

În contrast, ipoteza cu privire la *efectul principal al suportului social* asupra stării de sănătate atestă faptul că nevoia de suport social şi de contacte sociale se află printre nevoile umane de bază. Efectul direct al suportului social asupra stării de sănătate a fost pus evidență, în 1979, de un studiu prospectiv realizat de Berkman şi Syme care au observat, timp de 9 ani, un eşantion de 4725 persoane (bărbați şi femei), cu vârste cuprinse între 30 şi 69 de ani, din California. S-a constatat astfel, după măsurarea statusului marital şi a contactelor sociale formale în rândul subiecților, o asociere între raportarea unui număr mai mare sau mai mic de contacte sociale şi mortalitatea prin boli cardiace. Absența suportului social sau suportul social redus conduce la izolare socială ce poate afecta starea de sănătate, similar cu efectele stresului. Aşadar, ambele ipoteze sunt aplicabile: suportul social poate acționa atât ca un tampon pentru stres, în scopul prevenirii efectelor distructive ale acestuia asupra sănătății, cât şi ca factor ce menține starea de sănătate şi bunăstarea socială. Aşadar, datele favorabile modelului efectului principal apar atunci când măsurarea suportului social este cantitativă şi globală, datorită faptului că în această situație pot fi combinate informații despre relațiile sociale, gradul de integrare a unei persoane într-o rețea socială (Cohen şi Wills, 1985 cf. Dolbier şi Steinhardt, 2000).

Totuşi aspectele importante specifice suportului social şi mecanismele prin care suportul social poate afecta boala sunt puțin cunoscute. Cercetarea în acest domeniu va fi mai solidă atunci când se vor utiliza instrumente de măsurare standardizate şi eficace din punct de vedere psihometric. O altă considerație importantă în cercetarea suportului social este natura eşantioanelor utilizate în studii. Multe studii vizând suportul social au fost direcționate către femei, bazându-se pe aserțiunea populară conform căreia femeile ar fi mai receptive la suportul social comparativ cu bărbații. Totuşi, datele epidemiologice sugerează că, de fapt, bărbații pot fi mai receptivi la suportul social comparativ cu femeile (Orth-Gomer şi Johnson, 1987 cf. Kratz şi McCeney, 2002).

Schwarzer şi Leppin afirmau, în 1989, că există alte numeroase studii privind efectul suportului social asupra bolii, realizându-se şi o analiză secundară de date asupra a 55 de astfel de studii, toate implicând peste 32739 de persoane (Argyle, 1992). Aceste studii au arătat că, în general, efectul suportului social asupra sănătății, atunci când sursa suportului este familia sau prietenii, este mai puternic la femei comparativ cu bărbații, că suportul emoțional este funcția

centrală a suportului social, el devenind mai puternic atunci când oamenii se află în situații de stres. Alte studii au găsit că suportul social conduce la mai puține complicații în timpul sarcinii, o incidență mai scăzută la cancer și la artrite și colesterol crescut printre muncitorii care-și pierd slujbele.

Ulterior acestor studii, a început să fie analizat modul în care calitatea relațiilor sociale afectează starea de sănătate. De exemplu, un studiu realizat în rândul femeilor diagnosticate cu cancer de sân cu metastaze a descoperit că, femeile care participau, săptămânal, în cadrul unui grup de suport trăiau cu aproximativ 18 luni mai mult, comparativ cu femeile din grupul de control, care nu participau la un astfel de grup (Spiegel, 1989 cf. Dolbier și Steinhardt, 2000). Un alt studiu prospectiv realizat timp de 5 ani, pe un eșantion de 1000 de bărbați și femei diagnosticați cu boli coronariene, a constatat că persoanele care aveau un confident apropiat cu care să poată vorbi despre orice, aveau o rată de supraviețuire de 3 ori mai ridicată comparativ cu cei ce nu aveau un astfel de confident (Williams, 1992 cf. Dolbier și Steinhardt, 2000). Abordate împreună, cercetările au relevat rezultate ce ilustrează că, atât cantitatea, cât și calitatea suportului social sunt aspecte importante ce trebuie luate în considerare atunci când este analizată asocierea dintre suportul social și starea de sănătate.

În studii ce au examinat atât percepția, cât și disponibilitatea suportului, percepția acestuia pare a fi un predictor mai bun pentru efecte pozitive asupra sănătății comparativ cu primirea efectivă de suport (Cohen și Wills, 1985 cf. Dolbier și Steinhardt, 2000). Explicațiile pentru care suportul social perceput ar avea un impact mai puternic asupra bunăstării individuale s-au centrat pe aserțiunea conform căreia, asocierea dintre suportul social și bunăstarea individuală este mediată cognitiv, percepția existenței disponibilității suportului reducând evaluarea unei situații solicitante ca fiind amenințătoare. De asemenea, s-a demonstrat asocierea dintre suportul social primit și efectele negative ale acestuia asupra sănătății. S-a constatat că suportul social primit poate fi dăunător pentru că poate implica dependență care, în anumite grade, determină distres psihologic și conduce la creșterea utilizării suportului (Helgeson, 1993 cf. Dolbier și Steinhardt, 2000).

Suportul social îmbunătățește sănătatea prin mecanisme psihologice și comportamentale. El scade depresia, anxietatea și alte probleme psihologice (Kessler și McLeod, 1985). De asemenea, suportul social poate crește probabilitatea de a adopta comportamente protective pentru sănătate.

Toate aceste forme de suport au un rol important în anumite etape ale evoluției unei boli. Există, de altfel, unele date conform cărora aceste tipuri de suport trebuie oferite, pe parcursul evoluției unei boli, în această ordine (1-emoțional, 2-informațional și 3-material) corespunzător celor trei faze ale unei situații solicitante (1-criza, 2-tranziția, 3-deficitul) (Orford, 1998). Dată fiind importanța sincronizării dintre suportul social și etapa evenimentului stresant

(criza, tranziția sau faza cronică/finală), iată câteva asocieri între funcțiile particulare ale suportului social și importanța acordării lor în diferite momente ale situației stresante: suport emoțional în faza de criză sau faza acută de apariție a unei boli, membrii familiei fiind sursa de suport cea mai importantă; suport emoțional și suport cognitiv-informațional în timpul perioadei de tranziție (în convalescență și recuperarea după boli fizice, după stabilirea diagnosticului etc.) și suport material-instrumental, pentru stările deficitare (situații de solicitări cronice excesive, simptome persistente și cronice etc.), oferit alături de suportul emoțional din partea familiei.

În concluzie, apartenența la o rețea socială este condiția minimă pentru a putea beneficia de acțiuni de suport, în timp ce suportul perceput reflectă în mare măsură tranzacțiile interpersonale. Astfel, deși suportul social este o resursă socială, diferită de resursele individuale, totuși nu trebuie neglijat faptul că suportul perceput și cel primit depind atât de experiențele precedente, cât și de caracteristicile de personalitate (cum ar fi atitudinea față de suport, așteptările și convingerile persoanei în raport cu utilitatea rețelei sociale etc.). „*Opțiunea clară pentru analizarea aspectelor sociale ale sprijinului evită riscul de a vedea individul separat de contextul său și de a realiza doar intervenții ce vizează subiecți izolați, menite să potențeze doar resursele și capacitățile individuale.*" (Zani, 2003).

4.5. Suportul social și boala cardiacă

Studiile au arătat date clare conform cărora factorii psihosociali, în special depresia și suportul social sunt factori independenți, etiologic și prognostic pentru boala cardiacă. Astfel, studiile prospective realizate în populația sănătoasă sugerează un posibil rol etiologic în apariția îmbolnăvirii prin boli cardiace pentru tipul A de personalitate/ostilitate (6 din 14 studii), depresie și anxietate (11 din 11 studii), caracteristicile psihosociale ale locului de muncă (6 din 10 studii) și suportul social (5 din 8 studii) (Hamingway și Marmot, 1999).

Suportul social reprezintă principala resursă exterioară la care individul poate apela pentru rezolvarea anumitor probleme pe care nu le poate rezolva singur, dar și o resursă importantă în prevenirea apariției unor stări deficitare, îmbolnăvirea fiind una dintre acestea. Printre beneficiile pe care suportul social le are asupra stării de sănătate pot fi incluse scăderea susceptibilității la îmbolnăvire, reducerea reactivității cardiovasculare, îmbunătățirea funcției sistemului imunitar, o mai bună adaptare la boală și la recuperarea după îmbolnăvire, rate scăzute ale mortalității, creșterea bunăstării psihologice. De-a lungul timpului cercetătorii au analizat suportul social în asociere cu diferite etape ale evoluției bolii cardiace, focalizându-și atenția fie pe rolul structurii suportului social, fie pe cel al calității

relațiilor suportive şi a suportului social perceput în prevenirea apariției bolii cardiace şi în adaptarea la etapa cronică a acestor boli.

Multe studii au arătat importanța relațiilor apropiate atât pentru sănătatea fizică, cât şi pentru cea psihică. Studii prospective au confirmat asocierea dintre suportul social scăzut şi riscul apariției bolii cardiovasculare. S-a constatat, astfel, ca nevoile specifice ale indivizilor pot fi mediate de efectele benefice ale suportului social. Un studiu realizat în 1988 de House, Landis şi Umberson, ce a inclus un examen clinic inițial şi controlul TA, nivelul colesterolului şi al altor variabile biomedicale, a găsit asocieri între relațiile sociale şi incidența îmbolnăvirii prin boli cardiace. S-a constatat, astfel, că o rețea socială slabă conferă un risc de 2-3 ori mai mare probabilității de a dezvolta, în timp, o boală coronariană. Alte studii ce şi-au propus evaluarea relației dintre suportul social redus şi incidența IMA sau incidența reinfarctizării, au relevat o corelație semnificativă între cele două variabile. În anul 1994, Travella, Garcia şi colaboratorii lor au descoperit că absența suportului social apare ca un factor de risc pentru apariția IMA şi a decesului cauzat de tulburările cardiovasculare, probabil din cauza lipsei unui factor important de „tampon" ce poate servi la protejarea impactului evenimentelor stresante experimentale de un individ (Robertson, 1997).

Într-un alt studiu, într-o perioadă de 6 ani, cât au fost urmăriți locuitorii din sudul Suediei, Orth-Gomer şi colegii săi au descoperit că, o treime din eşantionul lor, persoane ce aveau numărul cel mai mic de contacte sociale, aveau un risc de 50% mai mare de a muri prin boli coronariene, comparativ cu cei ce aveau un număr mare de legături sociale (Orth-Gomer şi Johnson, 1987 cf. Kratz, 2002). Într-un alt studiu prospectiv, realizat în SUA, în 1992, Vogt şi colegii săi au urmărit membrii unei organizații de menținere a sănătății timp de 15 ani. Ulterior, fişele de observație din spitale au fost examinate pentru a identifica incidența IMA. După controlul factorilor de risc standard, cum ar fi hipertensiunea arterială şi obezitatea, ei au determinat că acei indivizi care au raportat o mare diversitate de tipuri de contacte sociale erau mai puțin predispuşi de a avea atacuri cardiace, comparativ cu cei care erau mai puțin integrați social.

Datele epidemiologice sugerează că un număr minim de contacte sociale sunt necesare pentru sănătatea cardiovasculară a femeilor din ariile urbane (Orth-Gomer şi Johnson, 1987 cf. Kratz, 2002). S-a presupus că femeile care trăiesc în mediul urban au vieți mai instabile, cu mai multe schimbări şi cerințe contradictorii, determinate de multiplele roluri sociale şi au nevoie de rețele sociale de sprijin mai mari. În 1984, Ruberman şi colegii săi afirmau, pentru prima dată, că bărbații izolați social erau la un risc mai mare de a muri prin IMA.

Studiile au arătat, de asemenea, importanța pe care o are calitatea unei căsnicii asupra sănătății. Persoanele căsătorite au, în general, un risc mai scăzut de a se îmbolnăvi de o boală cardiacă şi de a muri prematur, datorat efectelor

benefice ale suportului social oferit de partener, comparativ cu persoanele necăsătorite (vezi tabelul 4).

***Tabelul 4.* Statusul marital şi mortalitatea în rândul bărbaților**

Cauza de deces	RATA MORTALITĂȚII			
	Căsătoriți	Singuri	Văduvi	Divorțați
1. Boli cardiace	142	231	328	298
2. Accidente rutiere	43	62	103	81
3. Cancer respirator	29	44	56	75
4. Cancer digestiv	42	62	90	88
5. Sinucidere	10	16	41	21
6. Ciroza	12	40	39	53
7. Hipertensiunea arterială	49	68	106	90
8. Diabet zaharat	11	18	22	22
9. Sifilis	6	10	14	15
10. Tuberculoza pulmonară	15	50	62	54

***Sursa**: Carter şi Glick, 1970-345*, „Marriage and Divorce: a Social and Economic Study", *Cambridge, Mass: Harvard University Press cf. Argyle, 1992, p. 238*

În acelaşi timp, cercetătorii şi-au focalizat atenția asupra naturii calitative a suportului social şi a rolului acesteia în declanşarea anumitor evenimente cardiace. Astfel, nivelurile scăzute ale suportului emoțional perceput, pot determina o creştere de 3 ori mai mare a riscului apariției unor evenimente cardiace viitoare (Blazer, 1982). Astăzi a crescut evidența faptului că relațiile pozitive suportive sunt asociate cu nivele reduse ale reactivității cardiovasculare şi neurohormonale, în timp ce relațiile nesuportive sunt asociate cu răspunsuri ridicate ale stresului psihologic (cf. Kratz, 2002). Nu toate contactele sociale oferă suport.

O varietate de studii au examinat efectele interacțiunilor maritale stresante asupra creşterii ritmului cardiac, presiunii arteriale şi a nivelurilor de catecolamine, cortizol şi alți hormoni asociați stresului (Robles şi Kiecolt-Glaser, 2003 cf. Crane şi Marshal, 2006). De asemenea, s-a constatat că efectul protectiv al relației maritale este în general mai puternic în cazul bărbaților, comparativ cu femeile (Kiecolt-Glaser şi Newton, 2001 cf. Crane şi Marshal, 2006). Într-un alt studiu, realizat în rândul bărbaților cu factori de risc pentru a face o boală cardiacă, disoluția maritală (separarea şi divorțul) a fost asociată cu creşterea incidenței îmbolnăvirii prin boli cardiace (Matthews şi Gump, 2002 cf. Crane şi Marshal, 2006). Un alt studiu, realizat în rândul femeilor aflate la menopauză, a constatat o asociere între dificultățile maritale şi creşterea riscului aterosclerozei (Gallo et al., 2003 cf. Crane şi Marshal, 2006).

Suportul social joacă, de asemenea, un rol important în influențarea ratei mortalității celor ce au deja o boală cardiovasculară. Studiile prospective realizate în populația pacienților cu boli coronariene sugerează un rol prognostic pentru

factori psihosociali precum tipul A de personalitate sau ostilitate (0 din 5 studii), depresie şi anxietate (6 din 6 studii), caracteristicile psihosociale ale locului de muncă (1 din 2 studii) şi suportul social (9 din 10 studii) (Hemingway şi Marmot, 1999). Aşadar, 9 din 10 studii de prognostic pentru suportul social asupra bolii cardiace au fost pozitive.

În studii realizate în rândul pacienţilor diagnosticaţi cu boli cardiace, conflictele maritale au fost asociate cu un prognostic rezervat (Orth-Gomer et al., 2000 cf. Crane şi Marshal, 2006). În mod similar, Williams şi colegii săi au observat, în 1992, ca indivizii necăsătoriţi sau care nu aveau o persoană de încredere semnificativă în viaţa lor au fost de 3 ori mai predispuşi să moară în următorii 5 ani de la apariţia unui IMA (Williams et al., 1992 cf. Nezu et al., 2003).

De asemenea, într-un studiu realizat pe o perioadă de 4 ani s-a descoperit că pacienţii care locuiau singuri după un atac cardiac aveau un risc crescut de a se confrunta cu reapariţia unor evenimente coronariene (Case et al., 1992). Astfel, Case şi colegii săi au examinat reţelele sociale prin compararea evenimentelor cardiace recurente la pacienţii cu IM. În acest studiu, acei pacienţi care locuiau singuri aveau un risc de 50% mai mare să dezvolte un eveniment cardiac, comparativ cu cei care nu locuiau singuri (Case et al., 1992).

În alte studii realizate în rândul pacienţilor diagnosticaţi cu IMA sau cu insuficienţă cardiacă congestivă sau ambele, Berkman şi colegii săi au găsit că pacienţii care au raportat un suport emoţional redus sau inexistent aveau un risc de 2 ori mai mare de apariţie a unui nou eveniment cardiac, izolarea socială determinand, deseori, o mortalitate mai ridicată după un IMA (Berkman et al., 1992 cf. Kratz, 2002).

Multe cercetări au arătat importanţa suportului social oferit de reţeaua de îngrijire a familiei, precum şi asocierea pozitivă între suportul social şi beneficiile asupra stării de sănătate pentru adulţii cu boală cronică şi îngrijitorii lor (Glass et al., 1993 cf. Crane şi Marshal, 2006). Persoanele care au o boală cronică se adaptează la această boală în mod obişnuit în contextul familiei, cele mai întâlnite reţele de îngrijire (85-90%) fiind reţelele familiale. Astfel, familia are rol esenţial de influenţă în adaptarea la boala cronică. O implicare activă a soţilor şi a copiilor adulţi este relaţionată cu beneficii ale intervenţiilor de succes pentru adulţii cu boala cronică (Rolland, 1994 cf. Crane şi Marshal, 2006). Prietenii, vecinii şi profesioniştii sunt implicaţi atunci când membrii familiei nu sunt disponibili şi, de obicei, au roluri secundare.

Capitolul 5

Reabilitarea cardiacă. Strategii şi metode intervenţionale psihosociale

Deşi sunt cunoscuţi factorii psihosociali ce însoţesc boala cardiacă, în România intervenţiile psihosociale care să se adreseze acestor tipuri de factori întârzie să apară, o consecinţă dramatică fiind aceea că boala cardiacă rămâne una dintre afecţiunile ale căror rate de morbiditate şi mortalitate influenţează profund starea de sănătate a populaţiei din România.

Reabilitarea sau intervenţia asupra factorilor de risc îşi propune prelungirea supravieţuirii, îmbunătăţirea calităţii vieţii, reducerea necesităţii procedurilor intervenţionale şi reducerea incidenţei IMA.

O abordare comprehensivă a prevenţiei primare a bolii cardiace solicită intervenţii medicale, psihologice şi sociale aşa cum sunt cele prezentate în Tabelul nr. 5.

Tabelul 5. **Intervenţii complementare ale prevenţiei bolii cardiace**

Tipuri de intervenţii					Politici publice			
					Difuziunea socială a normelor			
					Programe de reducere a riscului			
		Vaccinare	Consiliere şi testare		Terapie de familie			
Ţinta intervenţiei	Celula	Sistemul imunitar şi alte sisteme	Individ	Cuplu	Familie	Comunitate	Cultura	Naţiune
Discipline academice de bază	BIO		PSIHO		SOCIAL			

Sursa*: Carey, Vanable cf. Nezu, A., Nezu, Ch., Geller, 2003, p. 221.*

Cercetătorii au demonstrat că, reabilitarea cardiacă comprehensivă, combinată cu tratamentul medical şi chirurgical, îmbunătăţeşte starea de sănătate şi bunăstarea pacienţilor coronarieni. Capitolul de faţă va fi centrat pe necesitatea dezvoltării unor strategii de tip intervenţional, însoţite de metodologii de intervenţie specifice fiecărui nivel de analiză (individual, familial şi/sau relaţional, organizaţional şi/sau comunitar), metodologii ce-şi propun atât reducerea riscului îmbolnăvirii prin boli cardiace, cât şi reducerea riscului pacienţilor cardiaci şi a

familiilor acestora de a ieşi din circuitul social. Şi, toate acestea se pot subordona unui scop final, acela de a integra acest tip de metodologie în infrastructura serviciilor medicale şi sociale de la nivelul autorităţilor publice locale, cu scopul de a preveni marginalizarea pacienţilor cardiaci şi a familiilor acestora, în contextul apariţiei bolii cardiace.

5.1. Programul de reabilitare cardiacă şi intervenţiile cu rol în abordarea şi reducerea riscului psihosocial asociat bolii cardiace

Bolile coronariene reprezintă cauza principală a mortalităţii prin boli cardiace. Programele de reabilitare cardiacă se adresează, în primul rând, pacienţilor cu boli coronariene, în mod specific celor aflaţi în etapa acută a bolii, dar şi celor cu angină stabilă cronică sau celor aflaţi după intervenţii chirurgicale pe inimă. Numărul internărilor în spital prin boli coronariene a cunoscut o creştere alarmantă, aşa cum rezultă şi din cercetarea prezentată în partea a II-a al acestei lucrări, în timp ce durata spitalizării s-a redus, progresiv, în ultimii 10-20 de ani. Cu toate acestea, programele de reabilitare cardiacă, o practică obişnuită în multe state, lipsesc în Romania, cu consecinţe dintre cele mai dramatice pe termen mediu şi lung pentru pacienţi, familiile acestora şi pentru societate. Există din ce în ce mai multe date şi cercetări care arată necesitatea implementării acestor programe de reabilitare cardiacă, atât pentru pacient, care e redat circuitului social, cât şi pentru familia acestuia.

Prin reabilitare cardiacă se înţelege *suma intervenţiilor necesare pentru asigurarea celor mai bune condiţii fizice, psihologice şi sociale, astfel încât pacienţii cu boli cardiovasculare acute sau sub-acute să poată, prin propriile lor forţe, să-şi păstreze sau să-şi recâştige funcţionarea optimă în societate şi, prin adoptarea unor comportamente sănătoase, să încetinească sau să stopeze evoluţia bolii* (Goble şi Worcester, 1999).

5.1.1. Obiectivele programului de reabilitare cardiacă

Unul dintre obiectivele unui program de reabilitare cardiacă, aşa cum sunt ilustrate în *anexa 4* este managementul psihosocial, ce-şi propune, ca intervenţii, evaluarea nivelului de suport social necesar, monitorizarea simptomelor depresiei şi anxietăţii, sfătuirea cu privire la reîntoarcerea la activitatea profesională, la condusul maşinii şi la activitatea sexuală, precum şi trimiterea către un program comprehensiv de reabilitare cardiacă derulat în cadru organizaţional (în spital) de exemplu sau în cadru comunitar. Printre considerentele ce stau la baza obiectivelor ce vizează gestionarea problemelor psihosociale asociate bolii cardiace pot fi menţionate următoarele: unul din patru pacienţi experimentează, după un IMA, un nivel perturbator al depresiei sau anxietăţii; percepţia pacientului cu privire la

îmbolnăvire poate determina gradul anxietăţii şi depresiei experimentate şi poate amâna sau reduce semnificativ activităţile sociale şi pe cele de timp liber; depresia este asociată cu o creştere de 5 ori a ratei mortalităţii la 6 luni după îmbolnăvire şi de 3 ori la 1 an de la îmbolnăvire; depresia majoră ce urmează unui eveniment coronarian are o evoluţie pe termen lung la cei la care depresia rămâne şi după un an; cei mai mulţi pacienţi se vor întoarce la muncă imediat după un IMA, deoarece reîntoarcerea la muncă este asociată cu îmbunătăţirea bunăstării emoţionale; statusul marital, suportul social şi emoţional şi reţelele sociale par a avea un efect protectiv şi de reducere a riscului pentru apariţia bolii coronariene şi pentru mortalitate în general (Goble şi Worcester, 1999). Plecând de la aceste considerente, cercetătorii includ în programele de reabilitare cardiacă următoarele intervenţii: intervenţii psihosociale (educarea pacientului, consiliere şi aplicarea tehnicilor cognitiv-comportamentale), evaluarea suportului social perceput de pacient, intervievarea pacientului cu privire la percepţia sa asociată bolii, la abilităţile sale de coping şi la sprijinul extern imediat după aplicarea chestionarului HADS, implicarea soţilor, familiei care trebuie încurajată în toate fazele reabilitării cardiace, trimiterea pacienţilor coronarieni care au un nivel înalt al anxietăţii sau depresiei către un profesionist practician pentru evaluarea şi tratamentul anxietăţii sau depresiei, consiliere profesională pentru facilitarea unei reintegrări adecvate şi realiste la locul de muncă, discuţii privind activitatea sexuală într-o manieră deschisă şi empatică (Heart Foundation şi New Zealand Guidelines Group, 2002).

Aşadar, boala cardiacă reprezintă un stresor major în vieţile celor mai mulţi dintre pacienţi, deseori, aceştia confruntându-se cu o perioadă iniţială de confuzie şi disperare, determinată de faptul că trebuie să se adapteze la un nou stil de viaţă şi de muncă, dar şi de incertitudinea legată de modul în care îmbolnăvirea le va afecta viaţa de zi cu zi sau planurile de viitor. Reabilitarea cardiacă poate facilita o tranziţie mai uşoară a pacienţilor ce trec printr-o astfel de experienţă, având ca obiective prevenirea unor evenimente cardiace viitoare prin convingerea pacienţilor să adopte anumite schimbări ale stilului de viaţă, să îmbunătăţească progresiv calitatea vieţii lor prin identificarea şi tratarea distresului psihologic şi să faciliteze reîntoarcerea pacientului la o viaţă activă prin facilitarea dezvoltării propriilor lui resurse.

5.1.2. Fazele programului de reabilitare cardiacă

Serviciile tradiţionale de reabilitare cardiacă includ evaluarea medicală şi ierarhizarea riscului, exerciţii fizice, educaţie şi suport psihologic şi social. Acestea sunt coordonate, de obicei, de o echipă multidisciplinară şi se derulează în cadrul a trei faze ale reabilitării cardiace: faza intraspitalicească, faza ambulatorie şi faza menţinerii de durată.

Faza reabilitării în spital include mobilizarea timpurie a pacientului cardiac şi educaţia adresată pacientului, soţiei/soţului şi familiei acestuia pentru a începe să înţeleagă boala cardiacă. Ea se centrează pe autoîngrijire, recuperare fizică şi psihologică, oferind unele informaţii despre cum pot fi modificaţi factorii de risc şi urmărind să crească sentimentul controlului la pacient. Scopul fazei de reabilitare în spital s-a schimbat în ultimii ani din cauza micşorării duratei de spitalizare şi a noilor tipuri de intervenţie aplicate în faza acută a bolii. Pacienţii pot fi integraţi în această fază a programului, în funcţie de diagnostic, din momentul internării sau transferării în U.S.C. sau după transferarea într-o secţie de medicină internă sau de chirurgie. Foarte importantă pentru admiterea unui pacient în cadrul programului este recomandarea medicului (Filip et al., 1999). Iniţierea acestei prime faze a programului poate fi realizată de personalul medical sau de profesionişti în reabilitare cardiacă, ţinându-se cont de nevoile pacienţilor specifice spitalizării precum: siguranţa, informarea, evaluarea factorilor de risc, educaţia, stresorii şi reacţii psihologice la stres, mobilizarea, implicarea şi sprijinul soţiei/soţului şi familiei.

Informaţiile necesare pacientului şi familiei acestuia la ieşirea din spital trebuie să vizeze următoarele: realizarea unui plan cu activităţile fizice până la momentul reîntoarcerii, pentru intrarea în faza a doua a programului de reabilitare, planificarea renunţării la fumat şi acordarea sprijinului (dacă e nevoie), planificarea gestionării episoadelor de angină pectorală, medicaţia (doze şi posibile efecte adverse), emoţii şi relaţii interpersonale, activitatea profesională, şofatul, alimentaţia (schimbări simple necesare până la faza a doua a programului), consumul de alcool. Înainte de externare trebuie înmânată pacientului o invitaţie scrisă pentru a urma faza a doua a programului de reabilitare cardiacă (Halm şi Penque, 1999). Oferirea acestor servicii în faza iniţială a reabilitării cardiace depinde de resursele existente la nivelul fiecărui spital. Personalul medical din secţiile de cardiologie ar fi potrivit pentru a furniza astfel de servicii, numai că timpul acestora este limitat de nevoile medicale ale tuturor pacienţilor şi de priorităţile privind îngrijirea medicală, ceea ce sugerează că desemnarea unui profesionist în reabilitare cardiacă este, în general, mai adecvată. Ulterior un profesionist implicat în coordonarea fazei a doua a programului de reabilitare cardiacă poate iniţia o relaţie cu pacientul şi cu familia acestuia pentru a facilita integrarea în faza a doua a programului de reabilitare cardiacă.

A doua fază a reabilitării cardiace, *faza reabilitării post-spitalizare*, în ambulator, reprezintă baza programului de reabilitare şi constă în parcurgerea, sub supraveghere, a unui program de 6-12 săptămâni ce debutează la 1-12 săptămâni de la externarea din spital sau după trimiterea de către un specialist. Durata programului depinde de nevoile specifice ale pacientului, de partenerul şi familia acestuia şi variază semnificativ la nivel naţional şi internaţional. De obicei, programul include o componentă privind activitatea fizică (activitatea de la domiciliu şi şedinţe de exerciţii supravegheate), şedinţe educaţionale ce au ca obiectiv înţelegerea procesului îmbolnăvirii, a tratamentului, a factorilor de risc, a

alimentaţiei şi ghidare în recuperarea activităţilor fizice, sexuală şi cotidiene, inclusiv sprijinul psihosocial şi cel de la locul de muncă.

În această fază, motivaţia pacientului de a realiza schimbări ale stilului său de viaţă este cea mai puternică. Focalizarea este pe educaţia pentru sănătate şi pe reînceperea activităţilor de viaţă zilnice şi a exerciţiilor fizice. Trimiterile de la medicul de familie pot fi programate în timpul acestei faze, programul având o durată de 6-12 săptămâni, în funcţie de resursele disponibile. Temele abordate în cadrul educaţiei pentru sănătate includ factorii de risc modificabili şi nemodificabili, alimentaţia (planificarea meselor, a cumpărăturilor şi a bugetului), activitatea fizică şi exerciţiile fizice, managementul stresului, aspecte psihologice, sprijinul soţiei/soţului şi al familiei, reîntoarcerea la locul de muncă, reluarea activităţii intime şi sexuale, medicaţia, managementul bolii coronariene ce include investigaţiile şi tratamentul medicamentos şi chirurgical, resuscitarea cardio-pulmonară (CPR) pentru pacient şi soţul/soţia şi familiei acestuia. Înainte de admiterea pacientului şi familiei acestuia în program este necesar un interviu personal cu un specialist în reabilitare pentru a adecva intervenţiile la nevoile individuale şi pentru a stabili obiective realiste. Adaptarea programului la nevoile pacientului poate creşte implicarea acestuia şi poate îmbunătăţi aderenţa la program (Halm şi Penque, 1999).

Faza a 3 a a programului se referă la menţinerea pe o durată cât mai mare a deprinderilor şi comportamentelor învăţate în fazele 1 şi 2. În unele ţări, această fază intră în atribuţia asociaţiilor şi fundaţiilor ce promovează starea de sănătate a bolnavilor cardiaci şi a familiilor acestora de la nivel comunitar. Aceasta este etapa în care activitatea fizică, schimbările pozitive la nivelul stilului de viaţă şi schimbările de ordin psihosocial sunt realizate cu supraveghere minimă sau se pot desfăşura în locaţii fără supervizare. Grupurile de sprijin pentru bolnavii cardiaci sunt foarte răspândite în alte ţări, ceea ce nu se poate afirma şi despre România. Membrii acestor grupuri de suport oferă sprijin emoţional unii altora, învaţă noi strategii de coping şi descoperă modalităţi de a-şi îmbunătăţi starea fizică, psihologică şi socială, ajutându-i pe alţii în timp ce se ajută pe sine. S-a constatat că persoanele care participă la astfel de grupuri sunt mai compliante la tratamentul medicamentos, menţin schimbările stilului de viaţă şi suferă mai puţin de anxietate şi depresie (Heart Foundation şi New Zealand Guidelines Group, 2002).

5.2. Strategii şi metode intervenţionale psihosociale adresate pacienţilor cardiaci cu risc psihosocial înalt în context spitalicesc

În multe ţări, majoritatea programelor de reabilitare cardiacă îşi încep derularea în spitale. Reabilitarea cardiacă din spital trebuie să fie comprehensivă şi trebuie individualizată pentru a îndeplini nevoile fiecărui pacient.

B.C.U. "M. EMINESCU" IAŞI

În cadrul programelor de reabilitare cardiacă sunt furnizate multe tipuri de intervenţii, ceea ce face dificil de evaluat efectele pozive ale fiecărei componente asupra unui pacient. Astfel, pot fi întâlnite programe psihosociale care variază în funcţie de tehnicile de tratament adoptate, de considerentele teoretice şi principiile educaţionale ce stau la baza lor, de durata tratamentului, de profesia specialiştilor din cadrul programului, de participarea partenerului şi familiei pacientului, precum şi de ţinta tratamentului (pacientul individual, grupuri de pacienţi sau ambele).

În spital, pacienţilor li se poate oferi sprijin educaţional şi informaţional, o îndrumare anticipată cu privire la boală şi la procesul de recuperare putând atenua atât stresul pacientului, cât şi pe cel al familiei. Cu toate acestea, s-a constatat că pacienţii care primesc multe informaţii medicale au o frecvenţă mai ridicată a alarmelor de atac cardiac şi mai multe complicaţii medicale. În acelaşi timp, pacienţii care neagă existenţa unui atac cardiac nu sunt pregătiţi să primească informaţii complexe. De aceea, este importantă evaluarea nevoilor pacientului şi a dorinţei acestuia de a fi informat. Pe de altă parte, toţi specialiştii se află în poziţia de a oferi suport emoţional. Este ştiut faptul că internarea în spital cu diagnosticul de boală cardiacă provoacă deseori, în rândul pacienţilor şi al familiilor acestora, temeri şi frică. A-i da pacientului oportunitatea de a exprima aceste preocupări şi temeri poate fi benefic atât pentru pacient, cât şi pentru familia lui.

În cazul bolnavilor cu boli cardiace cronice, viaţa lor socială se schimbă chiar de la aflarea diagnosticului. Relaţiile familiale se pot schimba din cauza noii situaţii, dacă membrii nu ştiu cum să reacţioneze în acest caz. În astfel de situaţii, pot apărea probleme financiare din cauza tratamentelor costisitoare, internărilor frecvente în spital şi mai ales dacă bolnavul este obligat să se pensioneze pe caz de boală. Apar, de asemenea, modificări şi în activitatea economică a pacientului, acesta fiind obligat fie să-şi ia mai multe concedii medicale, fie să renunţe la serviciu. Relaţiile cu prietenii se schimbă, de asemenea. Toate aceste probleme nu pot fi rezolvate doar împreună cu asistentul social. Se cere formarea unei *echipe multidisciplinare* care să acorde sevicii atât bolnavului, cât şi familiei acestuia. Din această echipă ar putea face parte medicul clinician, medicul expert în problemele muncii, psihologul, asistentul social şi de la caz la caz şi asistenta medicală, infirmiera ce va lucra la patul bolnavului, menajera, preotul etc. sarcina lor fiind aceea de a reda sănătatea celui bolnav, de a-l integra din nou în cadrul familiei, în mediul profesional, în societate, în general.

Deci, echipa medicală trebuie ajutată de psiholog şi asistent social să descopere şi celelalte nevoi ale bolnavului în afara celor strict medicale. Dacă toate nevoile bolnavului sunt îndeplinite, el se va însănătoşi mai repede şi, după externare, va face faţă mai uşor problemelor ce apar în îndeplinirea statutului de persoană sănătoasă.

5.2.1. Rolul echipei multidisciplinare în furnizarea serviciilor în spital

Reabilitarea cardiacă este o abordare multidisciplinară, ce-şi propune modificarea factorilor de risc pentru sănătatea cardiacă, prin schimbarea stilului de viaţă şi îmbunătăţirea capacităţii funcţionale, a încrederii în sine şi prin reducerea distresului psihologic. Rezultatul dorit pentru pacienţi este recâştigarea şi menţinerea celei mai bune stări fizice, emoţionale şi vocaţionale (Filip et al., 1999).

Reabilitarea cardiacă implică, în fiecare din fazele sale, un număr de discipline profesionale ce au roluri în îmbunătăţirea bunăstării pacientului, coordonarea şi lucrul în echipă fiind esenţiale pentru aceasta. La asigurarea unor servicii de reabilitare cardiacă comprehensive contribuie cunoştinţele şi abilităţile specifice unor discipline precum: medicina, cardiologia, medicina nutriţionistă, asistenţa medicală, fiziologia şi kinetoterapia, terapia ocupaţională, fizioterapia, psihologia şi asistenţa socială. Nu există foarte multe date care să indice care dintre aceste discipline este esenţială pentru echipă. Modelul de echipă selectat va depinde de resursele existente şi de modalitatea în care programul de reabilitare cardiacă se potriveşte pentru pacienţii cardiaci dintr-o anumită regiune. De exemplu, date fiind nevoile sociale întâlnite în rândul pacienţilor cardiaci din România, asistentul social ar trebui să fie un membru al echipei cu rol extrem de important. OMS definea, în 1993, reabilitarea pacienţilor cardiaci ca fiind *suma activităţilor necesare pentru a influenţa favorabil cauzele îmbolnăvirii, ca şi asigurarea celor mai bune condiţii fizice, mentale şi sociale, astfel încât bolnavii să-şi poată păstra sau recupera prin propriile lor eforturi, rolurile ce le asigură integritatea în comunitate* (OMS, 1993).

Echipa multidisciplinară este condusă, de regulă, de un coordonator al programului de reabilitare cardiacă, specializarea acestuia putând fi în oricare dintre disciplinele enumerate mai sus. Coordonatorul programului este necesar să aibă abilităţi eficiente de management, calităţi puternice de lider, abilităţi de management al proiectului şi să aibă o viziune cu privire la program. Coordonatorul de program poate stabili abilităţile altor membrii ai echipei.

În cadrul echipei multidisciplinare, psihologul şi asistentul social au roluri importante în evaluarea şi rezolvarea problemelor psihosociale asociate bolii cardiace. Astfel, psihologul conduce tratamentul problemelor psihosociale ce acompaniază boala cardiacă şi promovează adoptarea de către pacient a comportamentelor specifice unui stil de viaţă sănătos. De asemenea, psihologul face evaluări ale pacienţilor trimişi de alţi specialişti şi iniţiază tratamente psihologice cu pacientul, cu familia acestuia şi cu grupuri de pacienţi. El poate avea şi un rol indirect în îngrijirea pacienţilor, prin promovarea, în rândul personalului medical, a unui climat centrat pe pacient şi pe nevoile acestuia şi pe dezvoltarea abilităţilor celor implicaţi în promovarea schimbărilor stilului de viaţă la pacienţi.

Programele de reabilitare cardiacă îşi propun să îmbunătăţească situaţia profesională şi psihosocială a pacienţilor. Aceasta implică, acolo unde este posibil reîntoarcerea pacienţilor la rolurile ocupate înainte de apariţia bolii cardiace. Asistentul social este cel mai bine calificat să asiste acest proces şi poate juca un rol important în multe cazuri individuale.

Continuitatea îngrijirii pacientului cardiac poate fi realizată şi menţinută doar prin colaborarea dintre serviciile de consiliere şi asistenţă socială din spital, servicii sociale specializate şi serviciile medico-sociale de la nivel comunitar, considerate servicii primare. Din cauza costurilor ridicate asociate spitalizării, aceasta pare a avea unicul rol de a stabiliza pacienţii şi de a-i retrimite cât mai rapid în comunitate (Orford, 1998). Nu se ţine cont, însă, de faptul că, deseori, spitalizarea şi recidivarea unor mai vechi suferinţe, sunt precipitate de disfuncţionalităţi apărute în cadrul acestui mediu social (familial, profesional, comunitar). Spitalizarea, pentru orice boală, exacerbează sentimentul de neputinţă şi lipsă de control al pacientului. Asistentul social din spital ar trebui să fie printre primii specialişti care iau contact cu pacientul cardiac. Dacă acesta se află la prima spitalizare, el poate fi foarte confuz şi înspăimântat.

Asistentul social din spital planifică, organizează şi implementează servicii de asistenţă socială pentru pacienţi si familiile acestora; planifică externarea din spital şi îngrijirea de după; menţine legătura cu agenţii de trimitere, cu persoanele de contact şi cu resursele comunităţii folosite pentru transferuri; supervizează membrii echipei de lucru aflaţi în subordinea sa; facilitează dezvoltarea programelor sociale. Printre activităţile sale esenţiale pot fi amintite: intervievarea pacientului şi a membrilor familiei acestuia în scopul obţinerii de informaţii cu privire la condiţiile de locuit, relaţiile din familie, istoricul stării de sănătate şi caracteristicile de personalitate ale pacientului; evaluează datele obţinute în relaţie cu termenii planului de tratament medical, programele de servicii sociale disponibile şi planifică un program de sprijin potrivit, care să ofere maximum de beneficii pentru fiecare pacient; asistă pacienţii şi familiile acestora să înţeleagă, accepte şi să urmeze recomandările medicale; realizează o varietate de servicii cum ar fi sfătuirea cu privire la problemele sociale, pregătirea pentru externare sau pentru îngrijirea postoperatorie realizată acasă sau în instituţii, se ocupă de plasarea pacienţilor în centre de îngrijire sau familii foster şi de reducerea axietăţilor şi temerilor; utilizează resursele pentru a asista pacientul să se integreze în comunitate sau să înveţe să trăiască cu dizabilitatea; oferă supervizare pentru îngrijirea pacientului, comunicarea cu familia şi înregistrarea datelor; pregăteşte şi actualizează fişele pentru fiecare pacient; pregăteşte documentaţia solicitată pentru fiecare caz; respectă regulamentul, procedurile, obiectivele şi programul de asigurare a calităţii, siguranţa departamentului etc.

În concluzie, rolul asistentului social în spital se centrează pe evaluarea aspectelor psihosociale ale bolii cardiace şi implică minimizarea impactului

negativ al bolii asupra pacientului şi familiei acestuia. Aceasta se poate realiza facilitând mobilizarea resurselor personale şi relaţionarea pacientului cu resursele disponibile în comunitate. În acelaşi timp, asistentul social menţine un rol suportiv, care respectă unicitatea fiecărui individ, urmăreşte să meargă dincolo de cauza îmbolnăvirii şi se centrează pe cele mai bune rezultate ale îngrijirii.

Şi, deoarece oamenii cu puţine relaţii sociale şi sprijin social structural redus au un prognostic semnificativ mai prost decât cei cu reţele sociale complexe, asistentul social va evalua reţeaua socială a pacientului. Dacă pacientul locuieşte singur, el ar trebui întrebat dacă are pe cineva care să îi ofere sprijin (să-l ducă la doctor dacă are nevoie etc). Întrebări precum "*cu câte rude te întâlneşti sau vorbeşti la telefon cel puţin o dată la 2 săptămâni*?" pot oferi informaţii cheie pentru evaluarea suportului social. Pentru pacienţii cu puţine legături sociale trimiterea către programe de reabilitare cardiacă poate determina creşterea contactelor comunitare. Pacienţii trimişi la reabilitare cardiacă beneficiază prin faptul că observă etapele recuperării altor pacienţi şi prin contactul cu specialiştii de îngrijire a sănătăţii. Mulţi pacienţi din programele de reabilitare cardiacă dezvoltă prietenii durabile cu partenerii lor. Aceste relaţii servesc ca tampon pentru stresorii vieţii de zi cu zi. Şi pentru că e imposibil să fie evitat total stresul mental în viaţa de zi cu zi, controlul altor factori de risc devine important.

5.2.2. Serviciile de consiliere a pacienţilor cu boli cardiace

În multe părţi ale lumii, boala cardiacă este încă văzută ca inamicul numărul unu în rândul populaţiei, o boală a cărei rată de mortalitate şi morbiditate a crescut din ce în ce mai mult şi în România. Această tranziţie de la faza acută la cea cronică solicită adaptări psihologice şi sociale în cazul pacienţilor şi familiilor acestora, adaptări care, în unele situaţii, implică solicitarea unor servicii de consiliere.

Consilierea şi suportul acordat indivizilor ce experimentează adaptarea la dificultăţile determinate de boala cardiacă pot îmbunătăţi funcţionarea sănătăţii mentale a acestora, calitatea vieţii lor, a familiilor şi, nu în ultimul rând, pot avea efecte directe asupra evoluţiei bolii. Aşadar, printre obiectivele consilierii persoanelor afectate de boala cardiacă sunt vizate, printre altele, adaptarea la boală, îmbunătăţirea aderenţei la schemele de tratament, precum şi reducerea riscului cu privire la adoptarea unor comportamente nesănătoase.

Încercând să identifice obiectivele unui proces de consiliere, cu rol în menţinerea sănătăţii, Băban şi Petrovai (2003) identifică următoarele obiective stabilite de programele eficiente de educaţie pentru sănătate: formarea de convingeri, valori şi atitudini despre sine şi ceilalţi, ce presupune delimitarea unui cadru adecvat în care pacienţii să aibă posibilitatea să îşi exploreze propria persoană şi să-şi evalueze atitudinile sociale cu scopul dezvoltării propriilor

valori; dezvoltarea abilităților de relaționare interpersonală, ce presupune oferirea unui cadru adecvat pentru dezvoltarea deprinderilor de comunicare și relaționare pozitivă; dezvoltarea deprinderilor de exprimare a afectivității și iubirii conform propriilor valori, de a se opune relațiilor stresogene, de formare a deprinderilor de a negocia, de a spune „nu" și de a stabili limite; dezvoltarea responsabilității față de sine și față de ceilalți prin formarea de atitudini și comportamente responsabile față de propria sănătate, prin diferențierea între comportamentele cu risc crescut față de cele cu risc redus, prin încurajarea utilizării metodelor de relaxare și a metodelor de protejare a sănătății, prin respectarea deciziei celuilalt și a confidențialității, prin planificarea viitorului; informarea, ce presupune transmiterea unor cunoștințe despre anatomia și fiziologia inimii, despre comportamentul sănătos asociat bolii cardiace, despre anumite afecțiuni, simptome, semne, boala cardiacă, servicii medicale și psihosociale, instituții și organizații din comunitate care asistă pacienții și familiile acestora în acest domeniu.

Se știe că, încă de la debutul bolii, pacienții devin interesați de subiecte privind starea de boală, cauze, complicații, tratamente etc. Deseori medicii nu au timp să discute aceste teme cu pacienții lor. Din nefericire, pacienții își însușesc de cele mai multe ori aceste informații de la alți pacienți, din mass-media, de la vecini, prieteni, din reviste de diverse facturi. În acest context, există riscul ca informațiile să fie eronate și, astfel, se pot perpetua atitudini care conduc la comportamente de risc (alimentație necorespunzătoare, inadaptare la stres, lipsa exercițiilor fizice, fumatul etc). De aceea, spitalului și serviciilor de consiliere și asistență psihosocială le revine un rol fundamental în oferirea unei percepții adecvate asupra bolii cardiace, în asigurarea cadrului în care pacienții pot discuta liber despre starea lor de sănătate. În aceste condiții, apar ca nefondate convingerile pacienților și familiilor acestora conform cărora, a educa bolnavii presupune transmiterea de informații *tehnice* despre biologia și fiziologia organismului. Conduși de această convingere inadecvată, poate să apară eludarea sarcinii de *educator/consilier medical*, atât de către specialiști, cât și de către membrii familiei. Responsabilitatea acestora este delegată, deseori, către așa numitele *persoane de specialitate* (medici, asistente medicale etc). Printr-o astfel de delegare se medicalizează un aspect natural al vieții oricărui pacient. Acesta este încă un argument care vine în sprijinul ideii că serviciile psihosociale adresate nevoilor pacienților și familiilor acestora se impun ca necesitate prioritară în prevenirea și combaterea complicațiilor bolii cardiace.

În același timp, pacienții au nevoie să fie implicați în deciziile care-i afectează. Una dintre aceste decizii privește aderența la tratamentul medicamentos, un proces, în primul rând, psihosocial. În anumite specialități medicale, în mod obișnuit, pentru a îmbunătăți aderența pacientului la tratament, se recomandă pacienților care se află la riscul cel mai mare privind problemele de

aderență anumite intervenții psihosociale. Pacienții cardiaci au nevoie, în asumarea autoîngrijirii medicale, de sprijinul serviciilor medico-sociale. Sarcinile pe care trebuie să le învețe vizează modul în care urmează să gestioneze administrarea medicației, programările și vizitele la clinică, precum și discutarea cu specialiștii despre preocupările cu privire la starea lor de sănătate.

Specialiștii din domeniul medical sau social și-au pus deseori întrebarea: Care sunt factorii ce pot contribui la sporirea aderenței pacienților la tratamentele medicamentoase specifice bolii cardiace? Încercând să răspundă la această întrebare, aceștia au concluzionat că, doar strategiile educaționale nu sunt suficiente pentru majoritatea pacienților. Și, acest lucru apare,din cauza faptului că mulți pacienți trăiesc în medii sociale haotice, ce implică stresori multipli, incluzând abuzul de substanțe, boala mentală sau sărăcia. Acești stresori multipli, adăugați regimului de tratament cerut de natura bolii cardiace, sugerează o abordare multidisciplinară ce vizează îmbunătățirea aderenței la tratament. Multe persoane care trăiesc cu boala cardiacă cer sprijin și în alte domenii ale vieții lor. Astfel, specialiștii trebuie instruiți să recunoască și să abordeze domeniile vieții care interferă cu aderența la tratament. Astfel, aderența la tratament devine o preocupare comună tuturor specialiștilor, ea având o importanță considerabilă în domeniul îngrijirii bolii cardiace din cauza faptului că deviațiile, fie ele chiar minore, de la regimurile prescrise, pot fi asociate cu efecte foarte grave asupra stării de sănătate a pacientului cardiac. De exemplu, lipsa aderenței la tratament a pacienților cu hipertensiune arterială (HTA) este o problemă frecventă, din cauza faptului că HTA este o stare asimptomatică ce solicită tratament, incluzând modificări ale stilului de viață și/sau tratamente medicamentoase scumpe cu efecte adverse (amețeală, impotență, urinare frecventă). Pentru a îmbunătăți aderența la medicație, se recomandă ca specialiștii în îngrijirea sănătății să țină cont și de costul medicamentelor. De asemenea, aderența este îmbunătățită prin medicamentele luate o dată pe zi. Aderența la tratament poate fi îmbunătățită și prin pregătirea specialiștilor, prin formarea la aceștia a abilităților de a comunica eficient în scopul îmbunătățirii aderenței, prin dezvoltarea unor echipe multidisciplinare care să fie accesibile pacienților, prin încurajarea specialiștilor să ofere pacienților scheme flexibile și ușor de înțeles, întrucât factori precum experiența anterioară privind medicația cardiacă, etapa de evoluție a bolii sau momentul inițierii tratamentului pot contribui la un răspuns slab al tratamentului.

The Recurrent Coronary Prevention Project (Friedman et al., 1986) a fost primul și cel mai ambițios trial intervențional care a studiat dacă tipul A de comportament poate fi modificat și cum această modificare poate avea impact asupra riscului de mortalitate sau morbiditate cardiovasculară. Studiul a analizat o varietate de comportamente de tip A, incluzând furia, neliniștea, agresivitatea și iritabilitatea. Au fost selectați peste 1000 de pacienți care au fost grupați în 3 grupuri: un grup ce a primit terapie prin consiliere cardiologică, un grup în care

consilierea cardiologică a fost combinată cu modificarea comportamentului de tip A şi un grup în care nu s-a aplicat nicio formă de terapie. Consilierea cardiologică a constat în instruirea cu privire la modalitățile de urmărire a tratamentului medicamentos, a dietei şi a regimului de exerciții pe care medicii au oferit-o pacienților, în consilierea problemelor psihologice ce rezultau din experiența coronariană şi în educația cu privire la toate aspectele bolii cardiovasculare. Consilierea ce a vizat modificarea comportamentului de tip A a inclus, pe lângă modificarea diferitelor comportamente de tip A, discuții cu privire la credințele şi valorile, posibil determinanți ai pattern-ului comportamental, la antrenamente de relaxare şi de reducere a stresului, în sensul scăderii solicitării psihologice şi a inițierii de schimbări în solicitările de la locul de muncă şi/sau de acasă. După o monitorizare de 4 ani şi jumătate a pacienților din cele trei grupuri, rezultatele finale au arătat că pacienții din grupul în care s-a practicat consilierea cardiologică în combinație cu modificarea tipului A au înregistrat o scădere semnificativă a comportamentelor de tip A în general şi a componentelor sale specifice, în special. De asemenea, rata reapariției infarctului miocardic a fost semnificativ mai mică în grupul de consiliere a tipului A, comparativ cu celelalte 2 grupuri (Friedman et al., 1986). Studii recente au arătat faptul că, reducerea reapariților evenimentelor cardiace în grupul în care s-a urmărit modificarea tipului A poate fi atribuită unei multitudini de cauze, printre acestea fiind enunțată şi extinderea şi mobilizarea suportului social (Mendes de Leon, 1991 cf. Nezu et al., 2003). Alte studii au analizat eficiența intervențiilor asupra ostilității, componentă specifică tipului A şi, în acelaşi timp, un factor psihosocial de risc semnificativ pentru dezvoltarea bolii cardiace. Un astfel de studiu, condus de Girdon, Davidson şi Bata, în 1999, a studiat efectele intervenției de reducere a ostilității în rândul pacienților cu boli coronariene. Un număr de 22 de pacienți cu grad ridicat de ostilitate au fost repartizați, randomizat, fie într-un grup în care s-a intervenit asupra ostilității, fie într-un grup de control. S-a observat că pacienții din grupul în care s-a intervenit asupra ostilității aveau o TA diastolică semnificativ mai mică. Pacienții din ambele grupuri au fost evaluați în momentul intervenției şi la un interval de 2 luni, prin folosirea unor interviuri structurate şi autoraportări (Nezu et al., 2003).

Johnston şi colaboratorii săi au investigat 100 pacienți şi pe partenerii acestora, randomizat, împărțindu-i, la 72 de ore de la IMA, în 3 grupuri: un grup în care o asistentă medicală oferea consiliere psihoeducațională, un grup ce beneficia de consiliere pe o durată mai mare primind, pe lângă acea consiliere psihoeducațională oferită de asistenta medicală în spital, şedințe suplimentare ce au continuat 6 săptămâni după externarea din spital şi un grup care a primit îngrijire medicală obişnuită. După un an, s-a constatat că pacienții care au primit consiliere în spital au avut îmbunătățiri semnificative din punct de vedere statistic ale mediei scorurilor privind cunoştințele despre sănătatea inimii, ale bunăstării emoționale în urma aplicării HADS ale satisfacției cu îngrijirea primită. De

asemenea, au existat date privind beneficiile suplimentare ale programului de consiliere extins şi la externarea din spital (Johnston et al., 1999).

În urma unor analize secundare de date au fost identificate asocieri între intervențiile psihosociale şi îmbunătățirea supraviețuirii după un IMA. Astfel, plecând de la date epidemiologice care arată că depresia şi suportul social sunt relaționate cu boala coronariană, Institutul *The National Heart, Lungs and Blood Institute* din SUA a realizat, între 1996 şi 1999, studiul *The Enhancing Recovery în Coronary Heart Disease Pacients* (ENRICHD). Acesta a fost primul şi cel mai extins trial, fiind realizat în 8 centre clinice, care a studiat efectele intervențiilor psihosociale asupra reinfarctizării şi asupra ratei deceselor la pacienții cu IMA cu depresie sau suport social redus. În cadrul trialului au participat 2481de pacienți diagnosticați cu IMA evaluați ca având un risc psihosocial înalt (39% având depresie, 26% fiind izolați social şi având un suport social scăzut şi 34% având atât depresie, cât şi suport social redus). Pacienții au fost distribuiți, randomizat, fie într-un grup în care se practicau metode intervenționale psihosociale bazate pe terapie individuală şi de grup, fie într-un grup de control ai căror membri au beneficiat doar îngrijire medicală obişnuită. Intervențiile psihosociale, care au fost inițiate imediat după diagnosticarea cu IMA, au abordat în special terapia cognitiv-comportamentală şi învățarea socială şi au avut drept scop tratarea depresiei şi rezolvarea problemelor ce determinau existența unui suport social redus. Un alt obiectiv al programului a fost formarea, certificarea şi supervizarea terapeuților care inițiau intervențiile. Consilierii care au participat la ENRICHD aveau pregătire de bază în psihologie clinică, consiliere psihologică, asistență socială clinică, psihiatrie clinică sau asistență medicală psihiatrică. Cercetătorii consideră că rezultatele acestui program pot contribui la o acceptare clinică mai extinsă a factorilor psihosociali în tratamentul şi reabilitarea pacienților cardiaci (Berkman et al., 2001).

Un alt obiectiv al serviciilor de consiliere vizează analiza şi modificarea anumitor comportamente de risc ce pot interfera cu evoluția bolii cardiace. Deşi progresele realizate în tratamentul bolilor cardiace au condus la un declin al numărului deceselor produse de boala cardiacă, ratele privind noile îmbolnăviri au rămas ridicate în ultimii ani. În aceste condiții, în care populația cardiacă creşte, atenția specialiştilor trebuie îndreptată către comportamentele cu risc din rândul populației (inadaptarea la stres, izolarea socială, abuzul de substanțe, fumatul, sedentarismul, lipsa odihnei, alimentația necorespunzătoare etc.). De exemplu, obiectivul central al tratamentului HTA este scăderea presiunii arteriale şi reducerea riscului de apariție a complicațiilor cum ar fi IMA, AVC, IRA. În caz de tensiune moderată, modificarea stilului de viață, cum ar fi menținerea unei greutăți adecvate, implicarea în activități fizice, moderația în consumul de alcool, stoparea fumatului, modificări ale dietei şi reducerea stresului poate fi suficientă pentru scăderea tensiunii arteriale.

Recent, efectele alimentației generale asupra stării de sănătate a unui individ au reținut atenția cercetătorilor. Astfel, *The Dietary Approaches to Stop Hypertension Study* (DASH) a demonstrat reduceri semnificative ale presiunii arteriale la subiecții cu HTA moderată care au înlocuit dieta obișnuită cu una bogată în fructe, legume și produse cu un conținut redus de grăsimi, comparativ cu subiecții din grupurile de control care și-au păstrat vechiul stil de alimentație în continuare (Colin et al., 2000). De asemenea, s-a demonstrat că scăderea în greutate cu cel puțin 5 kg este asociată cu scăderea presiunii arteriale la majoritatea pacienților hipertensivi supraponderali (*Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group*, 1997). În plus, s-a constatat că scăderea în greutate crește eficiența medicației antihipertensive, pierderea în greutate fiind realizată prin restricționarea moderată a numărului de calorii și prin intensificarea activităților fizice (Carretero și Oparil, 2000). În legătură cu alimentația, deși se apreciază că un consum ridicat de sare este asociat în mod tradițional cu creșterea TA, între timp s-a demonstrat că, în timp ce această ipoteză este sprijinită de trialurile clinice, răspunsul individual la sodiu variază. Astfel, s-a constatat că dietele în care sodiul este restricționat sunt mai eficiente în populația pacienților mai în vârstă (Weinberger, 1996 cf. Nezu et al., 2003).

Într-un studiu legat de activitatea fizică și boala cardiacă, s-a stabilit că cei ce fac exerciții fizice înregistrează scoruri mai reduse în ceea ce privește anxietatea și depresia față de cei ce nu aderă la activitatea fizică. Antrenamentul prin exerciții fizice a devenit punctul central al programului de reabilitare cardiacă, din momentul în care inactivitatea fizică a fost considerată factor de risc independent pentru boala coronariană. Exercițiile aerobice cresc toleranța la exerciții, ajută la pierderea surplusului de greutate, scăderea TA, controlul glicemiei la diabetici, creșterea colesterolului HDL și scăderea colesterelolului LDL și a trigliceridelor. Aceste date sprijină ideea conform căreia programele de antrenament fizic pot fi incluse ca strategii intervenționale pentru pacienții anxioși sau depresivi. De altfel, multe programe de reabilitare cardiacă includ, ca parte integrantă a programului, tehnici de relaxare ce pot fi utile în mod special pacienților cu simptome de anxietate. Aceste date sugerează, de asemenea, că toate intervențiile trebuie să includă consilierea pentru aderența la tratament a pacienților. Alte date confirmă faptul că pacienții depresivi sunt mai puțin predispuși să adere la regimul medical sau comportamental, complianța la tratament fiind mai scăzută în rândul acestora (Carney et al., 1988). Așadar, deși strategii comportamentale precum educația, oferirea suportul emoțional și reducerea riscului psihosocial pot îmbunătăți starea emoțională, nu trebuie neglijat un alt aspect esențial în reabilitarea cardiacă: complianța cu tratamentele medicamentoase recomandate de medic.

În plus, numărul factorilor psihologici ce includ anxietatea și depresia crește pentru pacienții cardiaci care nu participă la reabilitare (Blumenthal și Wei, 1993 cf. Nezu et al., 2003).

Un comportament de risc cu efecte serioase asupra evoluției bolii cardiace și des întâlnit printre pacienții cardiaci este abuzul de substanțe (alcool, droguri, nicotina etc.). Aceste substanțe pot cauza un declin al funcționării sistemului imunitar, pot avea efecte adverse și pot interacționa cu medicamentele, ceea ce poate determina complicarea îmbolnăvirii.

Nurses Health Study a fost un alt studiu referitor la modificarea pe termen lung a stilului de viață. Studiul a constat în monitorizarea, în perioada 1980-1994, a istoricului medical, a variabilelor stilului de viață, incluzând fumatul și alimentația și analiza tuturor îmbolnăvirilor în rândul unui eșantion de 85941 de femei (Hu et al., 2000). Aceste observații au fost făcute în scopul de a determina efectele stilului de viață și a altor factori de risc asupra incidenței bolii coronariene. Printre rezultatele studiului, s-a descoperit că incidența bolii coronariane a scăzut în perioada 1992-1994 cu 31 % față de perioada 1980-1982. De asemenea, fumatul ca factor de risc a avut o pondere în scădere cu 41% în perioada 1980-1992 și s-a constatat o creștere cu 175% în ceea ce privește utilizarea terapiei hormonale în perioada imediat următoare instalării menopauzei la femei. Combinarea acestor variabile a explicat, în viziunea cercetătorilor, declinul cu 21% a incidenței bolii coronariene pe perioada studiului. S-a constatat, de asemenea, că în populația studiului care nu avea niciun factor de risc major (fumat, supraponderabilitate, activitate fizică redusă sau alimentație deficitară) riscul de a se îmbolnăvi de inimă a fost de 83% mai redus, comparativ cu celelalte femei (Stamfer et al., 2000).

Un alt obiectiv al consilierii pacientului cardiac abordează adaptarea la boala cardiacă prin adoptarea unui comportament sexual adecvat și prin menținerea sănătății sexuale în rândul pacienților cardiaci. Unele studii care au evaluat eficiența consilierii și a educației sexuale au identificat anumite obstacole ce pot interfera cu activitățile de consiliere. Unul dintre acestea ar fi teama specialiștilor legată de faptul că discutarea subiectelor legate de sexualitate îi va determina pe pacienți să se angajeze în activități sexuale care nu pot fi evaluate din punct de vedere al afectării cardiace și, în consecință, în viziunea acestora ar fi mai bine ca aceste subiecte să nu fie abordate. Un alt obstacol ce poate sta în calea unei consilieri și educații sexuale eficiente poate fi dezvoltarea la pacienți și specialiști a sentimentului de jenă sau de vinovăție. Sexualitatea pacientului nu trebuie „expediată" în sfera interdicției, vulgarului sau imoralului. Aceste obstacole ce stau în calea unei educații pentru sănătate adecvate pot fi reduse sau înlăturate printr-o adecvare a discuțiilor la nivelul de dezvoltare psihosocială a pacientului, prin formarea unor atitudini și comportamente adecvate și nu doar prin discutarea despre sexualitate la un nivel abstract.

Ornish și colegii săi au analizat, în 1990, în studiul *The Lifestyle Heart Trial*, una dintre cele mai importante intervenții studiate până în prezent. Astfel, ei au inclus într-un studiu randomizat, 48 de pacienți cu boli coronariene moderate

sau grave. Pacienţii au fost împărţiţi într-un grup (n = 28) în care s-au realizat schimbări intensive ale stilului de viaţă şi un grup de control (n = 20). Pacienţii din grupul cu schimbări intensive ale stilului de viaţă au beneficiat, de 2 ori pe săptămână în centre şi 1 oră pe zi în practica individuală, de un program de modificare a stilului de viaţă, constând în promovarea unei diete vegetariene cu doar 10% grăsimi, renunţarea la fumat, un program de exerciţii aerobice, instruire privind managementul stresului şi grupuri de suport în care au fost promovate tehnici precum yoga şi meditaţia. Pacienţilor din grupul de control nu li s-a cerut să facă modificări ale stilului de viaţă, altele decât cele recomandate de cardiologi. Programul de intervenţii a durat un an, timp în care a fost măsurată evoluţia bolii coronariene, prin compararea angiogramelor efectuate pacienţilor la începutul studiului şi după un an (Nezu et al., 2003). Rezultatele studiului au arătat că după 1 an, participanţii din grupul experimental au fost capabili să facă şi să menţină schimbări ale stilului de viaţă cu rezultate benefice, incluzând aici o reducere cu 37% a nivelului de colesterol LDL, o reducere a episoadelor anginoase într-o proporţie de 91% şi o uşoară reducere a dimensiunii stenozei arterelor coronare. Grupul de control a avut rezultate diferite, care au arătat că doar 6 % din pacienţi a avut scăderi ale nivelului de colesterol LDL, în timp ce la pacienţii din acest grup s-a înregistrat o creştere de 165% a episoadelor anginoase raportate şi o reducere puţin semnificativă a dimensiunii stenozei arterei coronare. În general, 82% dintre pacienţii din grupul de intervenţie au avut o predispoziţie către involuţia bolii. De asemenea, a fost sugerată existenţa unei relaţii între gradul de aderenţă la programul de schimbare a stilului de viaţă şi gradul de regresie a bolii, în sensul că subiecţii complianţi au arătat cea mai bună îmbunătăţire a stării de sănătate (Nezu et al., 2003). După aceste rezultate încurajatoare, Ornish şi colegii săi au extins studiul prin urmărirea subiecţilor 4 ani în plus pentru a determina dacă pacienţii pot adera la schimbările intensive ale stilului de viaţă şi pentru a evalua impactul pe care această aderenţă îl poate avea asupra statutului bolii (Ornish et al., 1998). Pacienţii din grupul de control au arătat o evoluţie continuă a dimensiunii diametrului stenozei în următorii 5 ani, în ciuda faptului că jumătate din ei aveau prescrise medicamente care aveau efectul de a scădea numărul lipidelor din sânge. Niciunui pacient din grupul de schimbare a stilului de viaţă nu i s-a prescris tratament hipolipemiant, şi, cu toate acestea, aceşti pacienţi au arătat rezultate mai bune comparativ cu grupul de control care a luat medicamente.

Deşi stresul în sine poate să nu fie cauză directă a HTA, stresul emoţional determină schimbări fiziologice ce cresc tensiunea arterială. Programele de reabilitare cardiacă sunt realizate în scopul reducerii distresului psihologic pentru pacienţi şi familiile acestora. Beneficiile unui astfel de program persistă de ani. Programele pot implica educaţie, exerciţii fizice, dietă, consiliere vocaţională şi componente psihologice cum ar fi managementul stresului. Într-un studiu controlat randomizat, 862 de pacienţi cardiaci au fost implicaţi fie într-un alt

program educaţional, fie într-un program educaţional şi, în plus, într-un program psihologic în care pacienţii se întâlneau săptămânal în grupuri mici şi erau instruiţi să facă următoarele schimbări: a. cognitive (*trebuie să ajung întotdeauna primul la serviciu* poate fi reconstruit ca *atât timp cât ajung până la ora 9 a.m., pot să-mi fac treaba zilnică*); b. comportamentale (a învăţa să mergi lent), c.emoţionale (a învăţa să te relaxezi ca răspuns la semnele timpurii ale furiei sau anxietăţii). După 4,5 ani, cel de-al doilea grup a experimentat semnifcativ mai puţine evenimente cardiace nonfatale şi mai puţine decese (12,9% versus 21,2%) (Friedman et al., 1986 cf. Alder et al., 2004). Şi în faza finală a evoluţiei unei boli cardiace apar nevoi psihosociale ce au, uneori, necesită intervenţia unor specialişti în consiliere psihosocială. Aceasta se întâmplă deoarece, în ciuda creşterii accesibilităţii la terapia cardiacă, moartea este încă un final obişnuit al bolii cardiace grave. Pacienţii cardiaci pot suferi foarte mult şi pot dezvolta tulburări la nivel cognitiv, afectiv sau comportamental. Pentru a ajuta pacientul să se confrunte cu aceste momente, sprijinul psihosocial din cadrul consilierii psihosociale este esenţial. Pacienţilor li se dă oportunitatea de a exprima ceea ce simt şi de a adresa întrebări cu privire la ce se poate întâmpla. Nivelul la care aceste discuţii au loc între pacient şi specialist este necesar să fie unul adaptat nivelului de înţelegere al pacientului.

Scopul în tratarea HTA, în acord cu Societatea Internaţională de HTA din cadrul OMS (WHO-ISH, 1999) este reducerea riscului pentru bolile cardiovasculare şi reducerea mortalităţii şi morbidităţii. Atunci când modificarea stilului de viaţă nu este suficient pentru a controla HTA sau atunci când presiunea arterială este prea ridicată pentru a fi controlată doar cu modificări ale stilului de viaţă, un aspect important al tratamentului este medicaţia antihipertensivă administrată în combinaţie cu modificarea stilului de viaţă (Falvo, 2005).

Cum pot remedia această situaţie membrii echipei de îngrijire multidisciplinară (medici, terapeuţi de familie, asistenţi sociali, psihologi) şi prin ce tipuri de intervenţii pot fi întrebări-ţintă la care se aşteaptă răspunsuri din partea specialiştilor.

5.2.3. Servicii clinice de asistenţă socială adresate bolnavilor cardiaci

În timpul recuperării după boala cardiacă, asistenţii sociali au multe oportunităţi de a facilita şi furniza intervenţii psihosociale. În timpul îngrijirii pacientului cardiac, este important să fie evaluate sursele de suport social ale pacientului, la fel de bine ca şi prezenţa unor nivele ridicate ale stărilor emoţionale negative, incluzând anxietatea şi depresia. Au fost elaborate câteva ghiduri de evaluare care să poată face posibilă identificarea pacienţilor cu risc psihosocial înalt. Unul dintre elementele de evaluare a depresiei şi anxietăţii în spital este HADS. În timpul acestui proces de evaluare, poate fi potrivit să fie consultat un

psiholog sau un psihiatru pentru a evalua pe deplin gradul de risc psihosocial (Fair şi Froelicher, 2000).

În multe spitale, scopul principal al asistentului social vizează realizarea planului de externare. Din cauza constrângerilor de timp, planul de externare este văzut deseori ca un plan de intervenţie de scurtă durată. Astfel, asistentul social, încă de la internare şi pe toată perioada evaluării, începe să dezvolte un plan de îngrijire care să se adreseze nevoilor specifice pacientului. Planul de îngrijire trebuie să cuprindă răspunsuri la următoarele întrebări: *De ce tip de îngrijire are nevoie pacientul şi ce opţiuni există pentru a oferi acea îngrijire? Are pacientul discernământ? Poate pacientul să ia decizii proprii? Are nevoie pacientul de asistenţă de reabilitare după boala cardiacă? etc.*

Asistenţii sociali, deseori, sunt nevoiţi să ajute pacienţii să-şi păstreze un grad al autonomiei cât mai ridicat, indiferent de diagnostic sau tratament, pe măsura resurselor ce le pot permite acest fapt. Aceasta se poate realiza prin încurajarea şi sprijinirea eforturilor pacientului de a comunica cu specialiştii din echipa de îngrijire. De asemenea, asistentul social, prin facilitarea unor discuţii, pe teme sensibile, cu specialiştii, poate ajuta pacientul, îi poate uşura temerile, prin crearea unei punţi de legătură între pacient şi personalul medical şi prin furnizarea de informaţii atât pacientului, cât şi familiei acestuia. Toate acestea au ca scop câştigarea la pacient şi familia acestuia a unui sentiment al controlului cât mai profund în ceea ce priveşte deciziile medicale.

Dacă spitalizarea are o durată mai mare sau este mai frecventă, pacientul poate avea nevoie de acces la o varietate de servicii de asistenţă socială cum ar fi asistenţă financiară, servicii juridice, adăpost, îngrijire la domiciliu, îngrijire pe termen lung, centru de îngrijire, ajutor în creşterea copilului, transport, consiliere suportivă. Deseori, asistentul social este nevoit să faciliteze accesul pacientului la aceste servicii şi, uneori să solicite, în numele pacientului, un prim contact cu aceste servicii. Pentru asistentul social care lucrează cu pacienţii cardiaci este esenţial să cunoască care sunt serviciile din comunitate, să ştie care sunt programele ce oferă sprijin şi să fie creativ în a găsi soluţii la problemele clientului. Babcock (1998) subliniază că asistenţii sociali au nevoie să cunoască tipurile de sevicii de bază concrete care pot ajuta pacientul cardiac, şi să poată răspundă la întrebări precum: *Ce resurse sunt disponibile în comunitate pentru furnizarea unui anumit tip de sprijin? Unde este cea mai apropiată organizaţie ce oferă servicii persoanelor cu boală cardiacă şi ce resurse se pot oferi unui membru al comunităţii? Care sunt măsurile legislative de care beneficiază sau pe care sunt nevoite să le respecte persoanele cardiace? Care sunt centrele de îngrijire locale? Ce tip de asistenţă financiară poate fi acordată acestora?* În activitatea sa de sprijin, asistentul social aplică valorile de bază ale asistentului social: respect pentru demnitatea fiecărui individ, acceptarea acestuia fără a-l judeca etc.

Wang (1994) a analizat percepţiile pacienţilor cu privire la nevoia lor de informare în unitatea de supraveghere a coronarienilor, în saloanele de cardiologie sau medicină internă şi după spitalizare. Astfel, s-a constatat că în USC informaţiile necesare se referă la factorii care au rol în evoluţia bolii cardiace, la modul în care poate fi redusă probabilitatea reapariţiei bolii şi modul în care factorii de risc influenţează apariţia îmbolnăvirii. În studiile analizate, pentru pacienţii internaţi în USC, elementele de anatomie şi fiziologie a inimii au fost informaţii de rang secundar. Nu acelaşi lucru se întâmplă cu pacienţii internaţi în secţiile de cardiologie şi medicină şi a celor care se externează din spital, interesaţi, în special, de factorii de risc, de medicaţie şi de anatomie şi fiziologia inimii.

Orice act terapeutic trebuie să-şi propună ca finalitate reintegrarea socio-familială a bolnavului, prelungirea nu numai a vieţii biologice, ci şi a celei sociale. Pe plan profesional, de foarte multe ori, pensionarea este impusă ca unică soluţie. *Şi cum societatea apreciază pe fiecare după munca pe care o prestează şi după responsabilităţile pe care şi le asumă, pacientul cardiac se simte devalorizat nu numai în relaţiile cu ceilalţi, ci şi în raport cu aspiraţiile personale. Neputând participa activ la viaţa grupului social, el îşi pierde treptat calitatea de membru al acestuia. Astfel, bolnavii suferă o „constricţie" a personalităţii, o restrângere a sferelor ei de manifestare, o „sărăcire" a acesteia. Suprastructura psihică a oricărei boli include numeroase semne de întrebare: ele se referă la gravitatea, durata, modul de evoluţie al bolii, precum şi la existenţa ulterioară a persoanei, la destinul său general* (Dafinoiu, 1996, p. 233). Muncitorii calificaţi şi cei necalificaţi sunt semnificativ mai puţin dispuşi să se întoarcă la locul de muncă, comparativ cu persoanele care muncesc în administraţie şi în alte profesii.

Dincolo de faptul că oferă venituri, munca este o importantă sursă a stimei de sine. Reîntoarcerea la muncă este asociată şi cu o îmbunătăţire a bunăstării emoţionale. Consilierea vocaţională ca parte a programului de reabilitare cardiacă va permite unui pacient să ţină cont de momentul în care e potrivit să se întoarcă la muncă sau dacă este indicată o modificare a tipului de muncă realizat până în prezent. Eforturile de facilitare a reîntoarcerii la muncă trebuie să înceapă cât mai devreme posibil, atâta vreme cât pacienţii care amână reîntoarcerea vor fi mai puţin dispuşi să o facă.

Pentru pacienţii care văd în muncă o potenţială barieră în calea participării la programul de reabilitare din ambulator, trebuie luată în considerare reabilitarea cardiacă la domiciliu. De asemenea, profesioniştii programului de reabilitare cardiacă trebuie să faciliteze o discuţie între angajat şi pacienţi pentru a li se permite acestora reîntoarcerea la muncă sau pentru a li se da ore libere pentru a participa la programele de reabilitare cardiacă.

5.2.4. Metode şi tehnici de adaptare la stres în contextul bolii cardiace

Diferite modele explicative ale stresului permit diferenţierea strategiilor de răspuns pentru gestionarea efectelor stresului. Una dintre ele vizează binomul *apărare versus coping*. O distincţie importantă pe care Selye o face atunci când descrie SGA este făcută între apărare şi coping. Cineva se poate apăra prin ascunderea din faţa stresorului sau amânând confruntarea cu el. De exemplu, dacă are durere de cap, cineva poate lua o tabletă pentru a reduce simptomul. În contrast, coping-ul implică eliminarea sursei stresului şi nu doar a simptomelor. De exemplu, dacă persoana suspectează că durerile de cap sunt relaţionate cu foamea, poate mânca ceva. Coping-ul este o formă mai eficientă a rezistenţei. Evitarea temporară reduce simptomele dar, deseori, permite ca stresorul să reapară într-o formă mai puternică (Weber, 1992).

Printre strategiile de coping cele mai întâlnite sunt prevenţia şi creşterea rezistenţei. *Prevenţia* reprezintă reducerea experienţei stresorului înainte ca un stresor să fie interpretat. Cum tipul A de personalitate interpretează prea multe evenimente ca fiind stresante, o contramăsură ar implica învăţarea indivizilor să interpreteze mai puţine evenimente ca fiind stresante. A-i învăţa strategii eficiente de rezolvare a problemelor şi de formare a abilităţilor sociale presupune ca anumite evenimente să poată fi văzute mai curând ca probleme sau provocări decât ca traume imposibil de rezolvat. *Creşterea rezistenţei* este o altă strategie de coping. Rezistenţa fizică poate fi îmbunătăţită prin măsuri de promovare a sănătăţii care includ dieta sănătoasă, exerciţiile fizice, somnul şi relaxarea, în timp ce rezistenţa psihologică şi cea comportamentală pot fi întărite prin educarea abilităţilor şi mobilizarea suportului social (Weber, 1992).

Care stil este mai adaptativ depinde în mare măsură de situaţie. Cele mai multe experienţe stresante sunt constituite de evenimentele stresante de zi cu zi incontrolabile, care nu sunt de durată şi care nu au consecinţe majore. În astfel de situaţii, strategiile de evitare par a fi mai adaptative (ce nu pot controla şi ce nu mă afectează, este mai bine să fie ignorat). Astfel, strategiile bărbaţilor par să se potrivească acestor tipuri de evenimente, contribuind la experienţa lor mai deficitară legată de disconfortul sau distresul emoţional perceput. Dar ce se întâmplă în situaţia unui dezastru? Evitarea evenimentelor incontrolabile, cum ar fi divorţul, pierderea slujbei sau pierderea unei persoane dragi, o criză financiară sau un declin economic neaşteptat pot să nu fie adaptative pe termen lung. Aici se pare că precauţia mai mare a femeilor este mai adaptativă: pregătirea pentru criză, căutarea ajutorului, a sfaturilor etc.

În general, strategiile şi metodele de gestionare a stresului au unul dintre următoarele obiective: identificarea, evitarea sau eliminarea stresorilor; recunoaşterea şi minimizarea emoţiilor negative, reducerea intensităţii emoţiilor şi construirea unor rezerve emoţionale; producerea unui răspuns de relaxare la

nivelul corpului şi reducerea expunerii la stresori; sugerarea unor schimbări la nivelul stilului de viaţă şi construirea unor rezerve la nivelul organismului.

Printre tehnicile ce-şi propun identificarea, evitarea sau eliminarea stresorilor pot fi menţionate tehnica rezolvării problemelor şi organizarea şi managementul timpului (planificarea şi prioritizarea activităţilor, stabilirea sau menţinerea graniţelor sau a învăţa să spui "nu", organizarea spaţiului, realizarea bugetului, delegarea responsabilităţilor etc.). Tehnicile care-şi propun recunoaşterea şi minimizarea emoţiilor negative, reducerea intensităţii emoţiilor şi construirea unor rezerve emoţionale pot fi recunoaşterea şi abordarea emoţiilor negative (furia, frica, anxietatea, depresia), de exprimare a emoţiilor (asertivitatea); jurnalul scris; terapia prin umor; terapia prin artă; terapia prin muzică; abilităţi de comunicare interpersonală; dezvoltarea relaţiilor suportive; restructurarea cognitivă şi anticiparea emoţiilor negative. Stresul poate fi abordat şi pentru a produce un răspuns de relaxare la nivelul corpului şi reducerea expunerii la stresori. Pentru atingerea acestui obiectiv printre tehnicile propuse pot fi menţionate relaxarea progresivă, exerciţiile de respiraţie diafragmatică, imageria creativă, terapiile prin atingere (masajul, hidroterapia, aromaterapia etc.), biofeedback-ul, meditaţia, yoga etc. În sfârşit, pentru realizarea unor schimbări la nivelul stilului de viaţă şi construirea unor rezerve la nivelul organismului, sunt utilizate ca tehnici educaţia privind alimentaţia adecvată, menţinerea greutăţii ideale; exerciţiile fizice regulate şi activitate fizică, eliminarea comportamentelor deficitare de coping la stres (fumat, alcool, droguri); odihna; activităţile relaxante/plăcute (realizarea unui echilibru între muncă şi relaxare) sau mobilizarea suportului social.

Stresul de a avea o boală cronică îi poate împiedica pe unii pacienţi cardiaci să-şi dorească să participe în continuare la viaţa socială cu care erau obişnuiţi. Aceasta se poate întâmpla mai ales atunci când pacienţii nu au depăşit fazele incipiente de adaptare la stresul produs de îmbolnăvire, respectiv fazele de negare, depresie, furie etc. Deşi natura şi gravitatea distresului psihologic şi adaptarea la dificultăţi variază de la persoană la persoană, există câteva faze distincte ale bolii asociate cu creşterea anxietăţii şi a simptomelor depresive. Distresul din timpul fazei simptomatice a bolii cardiace este determinat de multiplele incertitudini cu privire la deteriorarea stării de sănătate în viitor, a afectării activităţii ocupaţionale, a costurilor ridicate ale îngrijirilor medicale şi a declinului sprijinului social.

Programul *The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program* condus de Frasure-Smith şi Prince, în anul 1989, a demonstrat că perioadele de creştere a numărului stresorilor vieţii în viaţa unei persoane pot cauza reinfarctizarea (Wolff, 1953). Pacienţii diagnosticaţi cu IMA au fost grupaţi astfel: un grup în care pacienţii primeau tratament care includea monotorizarea şi intervenţia asupra stresului vieţii (229) şi un grup de control (224) în care

pacienţii primeau doar îngrijirea medicală obişnuită. Pacienţii din grupul de tratament erau contactaţi prin telefon lunar şi invitaţi să precizeze apariţia a 20 de simptome ale distresului, incluzând insomnia şi sentimente depresive. Dacă nivelurile de stres depăşeau un nivel critic (mai mult de 4 simptome din 20), o asistentă medicală făcea o vizită la domiciliul pacientului pentru a-l ajuta să evalueze cauzele distresului şi să-l ajute să facă faţă stresorilor. După un an de la diagnosticul de IMA, aproape jumătate din grupul în care s-a derulat tratamentul stresului avea nevoie de intervenţie şi de consiliere cu o durată între 5 şi 6 ore, de educaţie cu privire la boala cardiacă şi de sprijin emoţional şi social. Rezultatele programului au arătat că, timp de 1 an, cât a durat proiectul, s-a redus cu 50% numărul deceselor prin boli cardiace (Frasure-Smith şi Prince, 1989). Succesul Programului de Monitorizare *The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program* poate fi atribuit, cel puţin în parte, suportului emoţional şi social oferit pacienţilor, suport ce a ajutat la ameliorarea depresiei şi a emoţiilor generate de distres, dar şi la reducerea, în acelaşi timp, a solicitării fiziologice şi a efectelor sale negative asupra sistemului cardiovascular. Pe lângă suportul social şi emoţional oferit pacienţilor, la succesul programului au mai contribuit şi intervenţiile individualizate şi tratamentele bazate pe scorul stresului individual (Nezu et al., 2003).

Un alt studiu realizat în anul 1997, Frasure-Smith şi colaboratorii săi au descoperit şi limite ale acestor efecte intervenţionale. Astfel, realizând un trial denumit *The Montreal Heart Attack Readjustment Trial*, un studiu randomizat, controlat, în care au fost incluşi 1376 de pacienţi aflaţi în etapa de evoluţie postinfarct, grupaţi într-un grup de tratament, care primea vizite ale asistentelor medicale la domiciliu şi care beneficia de monitorizare telefonică lunară în scopul evaluării stresului şi a modalităţilor de adaptare la acesta şi un grup de control, ce primea îngrijire medicală obişnuită. După 1 an, s-a stabilit că programul nu a avut niciun impact asupra supravieţuirii pacienţilor din cele două grupuri. S-a constatat, de altfel, că femeile din grupul de intervenţie au avut o rată a mortalităţii prin boală cardiacă sau alte boli mai ridicată comparativ cu femeile din grupul de control (Nezu et al., 2003). Dincolo de aceste rezultate contradictorii ale celor 2 studii, relativ puţine studii clinice au fost realizate în scopul reducerii simptomelor depresive sau a extinderii şi mobilizării suportului social la pacienţii coronarieni.

De asemenea, există studii care arată că tehnicile privind managementului stresului pot fi utilizate pentru a ameliora componentele induse de stres ale HTA. Câteva studii au raportat scăderi mici, dar semnificative ale nivelului tensiunii arteriale care pot fi atinse în cazul pacienţilor cu HTA, după o serie de şedinţe de antrenament de relaxare sau biofeedback (incluzând yoga sau meditaţia) (Dubbert, 1995). Astfel, Patel şi colegii săi au demonstrat existenţa unui efect pozitiv, în acest sens, atunci când au evaluat efectul unui antrenament ce a cuprins tehnici de

respiraţie, de relaxare musculară profundă, meditaţie şi management al stresului, realizat timp de 8 săptămâni în şedinţe de grup (Nezu et al., 2003).

Într-un alt studiu realizat în 1996 de Blumenthal şi colegii săi au fost examinate atât măsura în care ischemia indusă de stresul mental poate fi modificată prin exerciţii de management al stresului, cât şi evaluarea impactului acestor intervenţii asupra rezultatelor clinice. Au fost selectaţi 107 pacienţi cu boli coronariene şi ischemie dovedite prin documente în timpul monitorizării elecrocardiografice şi randomizaţi în 3 grupuri: un grup în care s-a derulat managementul stresului, un grup în care pacienţii au fost instruiţi cu privire la regimul de exerciţii fizice şi un grup de control în care era promovată îngrijirea medicală obişnuită. După 4 luni de participare, ischemia miocardică a fost reevaluată şi s-a descoperit că grupul în care s-a practicat managementul stresului a avut riscul cel mai scăzut de a experimenta evenimente cardiace, urmat de grupul instruit cu privire la regimul de exerciţii şi, în cele din urmă, grupul de control (Blumenthal et al., 1997 cf. Nezu et al., 2003).

În acelaşi timp este deficitară definirea operaţională a intervenţiilor psihologice şi educaţionale. Studiile nu conţin date care să documenteze statusul socioeconomic al pacienţilor, ocupaţiile anterioare sau nivelul de studii şi multe programe s-au limitat la a nota imposibilitatea pacienţilor de a intra în cadrul programului de reabilitare (cauzată, de regulă, de accesul geografic limitat).

Dusseldorp şi colaboratorii săi au realizat cea mai recentă analiză secundară de date cuprinse în 37 de studii privind programele psihoeducaţionale (educaţie pentru sănătate şi managementul stresului) adresate pacienţilor cu boli cardiace. Educaţia pentru sănătate a fost definită ca fiind ansamblul de activităţi de instruire organizate într-un mod sistematic, în timp ce managementul stresului include un ansamblu de intervenţii psihoterapeutice, terapie de relaxare sau tratament suportiv. Rezultatele acestor studii sugerează că aceste programe pot reduce rata mortalităţii cardiace cu 34%, o reducere cu 29% a reinfarctizării şi efecte semnificative statistic asupra presiunii arteriale, colesterolului, greutăţii corporale, fumatului, exerciţiilor fizice şi obiceiurilor alimentare. Randomizarea, tipul de evaluare, locaţia şi durata programului, profesia celui ce furnizează programul, tratamentul individual sau de grup, participarea partenerilor şi caracteristicile pacientului (vârsta, tipul bolii cardiace, genul) nu s-a găsit că ar avea influenţă asupra succesului tratamentului. Cu toate că majoritatea pacienţilor fac faţă îmbolnăvirii lor într-un mod funcţional, există multe studii care evidenţiază clar impactul evenimentelor cardiace asupra funcţionării psihologice şi rolul anxietăţii şi depresiei atât în declanşarea, cât şi în evoluţia bolii cardiace. Aceşti pacienţi nu au nevoie de programe de management al stresului intensive sau de durată, aceste programe fiind totuşi necesare unei minorităţi a pacienţilor care nu se pot adapta la boala cardiacă.

Linden şi colaboratorii au analizat 23 de trialuri randomizate controlate ce vizau comparaţia intervenţiei psihosociale cu îngrijirea obişnuită pe un eşantion de 3180 pacienţi diagnosticaţi cu o boală coronariană (în special IMA). Au fost furnizate tratamente psihosociale specifice unei varietăţi de orientări terapeutice, dominantă fiind orientarea cognitiv-comportamentală. Rezultatele au arătat că intervenţiile psihosociale pot fi asociate cu beneficii pentru pacienţii coronarieni. S-au înregistrat reduceri semnificative ale nivelului stresului psihologic, presiunii arteriale sistolice, ritmului cardiac şi nivelului colesterolului. Astfel, s-a constatat o reducere cu 46% a evenimentelor cardiace în primul an după îmbolnăvire (Linden, 1996).

O analiză a studiilor realizate în rândul pacienţilor diagnosticaţi cu boli coronariene sau cancer a concluzionat că intervenţiile psihosociale (educaţia pacienţilor, consiliere şi terapie comportamentală) au fost în general de ajutor în atenuarea distresului psihologic. Iar aceste intervenţii trebuie adresate mai curând pacienţilor aflaţi la risc decât tuturor pacienţilor.

Într-un studiu realizat pe un lot de 100 de pacienţi (50 după IMA şi 50 după intervenţie chirurgicală de bypass) care, după ce au fost împărţiţi randomizat, au beneficiat fie de un program de management al stresului bazat pe relaxare fie de îngrijire obişnuită, a constatat, după 6 luni, că există îmbunătăţiri semnificative din punct de vedere statistic ale bunăstării emoţionale, ale activităţilor funcţionale şi sociale în grupul cu programul de management al stresului, comparativ cu grupul de control (Trzieniecka-Green şi Steptoe, 1996).

Într-un studiu cu 156 de pacienţi post-IMA au primit randomizat fie un training cu exerciţii fizice şi o terapie de relaxare, fie doar training privind exerciţiile fizice. Ulterior, au fost comparate cele două grupuri, monitorizându-se evenimentele cardiace majore (moartea, reinfarctizarea şi chirurgia cardiacă) şi reinternările în spital în următorii 5 ani.

Suportul social acordat în cadrul procesului de consiliere poate avea un rol important în adaptarea la boală ca stresor. Antoni şi colaboratorii săi (1991) au demonstrat utilitatea unui program de management al stresului, arătând că acesta se poate constitui într-o veritabilă şansă în reducerea stresului psihosocial şi în îmbunătăţirea rezultatelor asociate sănătăţii printre persoanele cardiace. Acest program este o modalitate de intervenţie în grup, derulată pe o perioadă de 10 săptămâni şi include aplicarea unor tehnici de conştientizare a stresului şi a gândurilor negative, tehnici de restructurare cognitivă, tehnici de relaxare şi imagerie, formarea unor deprinderi de coping, formarea abilităţilor interpersonale şi aplicarea unor metode de mobilizare a suportului social (Carey şi Vanable, 2003 cf. Nezu et al., 2003).

5.3. Strategii şi metode intervenţionale psihosociale adresate familiilor pacienţilor cardiaci cu risc psihosocial înalt

5.3.1. Servicii de consiliere şi asistenţă socială familială

Un factor psihosocial esenţial în abordarea bolii cardiace, cu rol important în menţinerea sănătăţii fizice şi psihologice a individului este reprezentat de suportul social. Cine poate oferi suport social? Principalele surse ale suportului social sunt fie informale, reprezentate de familie, prieteni, colegi, vecini, fie formale sub forma unor grupuri şi organizaţiile de suport comunitare. Oamenii care au legături sociale puternice (familiale, de prietenie, de vecinătate şi colegiale) tind să facă faţă stresului mai bine. Ei tind de asemenea să fie mai fericiţi, mai sănătoşi şi să trăiască mai mult. Prietenii, partenerii, membrii familiei influenţează calitatea vieţii persoanei cu boală cardiacă. Persoanele suport sunt implicate în fiecare din aspectele bolii, de la prediagnosticarea bolii până la planurile ce urmează decesului. Ei se implică şi influenţează deciziile medicale şi planurile de externare, au grijă de gospodărie, oferă îngrijire sau stabilesc vizitele la medic, negociază problemele legale şi financiare, consiliează pacientul.

Lucrul cu familia pacientului cardiac poate fi la fel de important ca lucrul direct cu pacientul. În cele mai multe cazuri, sprijinul familiei este esenţial pentru traiectoria pe care o va lua boala pentru pacient (vezi anexa 2). Uneori, intervenţia asistentului social este necesară pentru a mobiliza familia, pentru a o face capabilă să ofere ajutor pacientului. De asemenea, asistentul social e necesar să ajute familia să identifice conflictele emoţionale şi să înceapă să stabilească un anumit control asupra situaţiei. În anumite limite, conflictele din familie sunt normale, dar în cazul bolii cardiace grave, o boală care are atât de multe emoţii ascunse, conflictele şi stresul pot exploda. Familiile au nevoie de încurajare şi sprijin pentru a exprima furia, durerea, frica. Familiile pot oferi un suport emoţional imens, în special în momentele de criză şi pentru că familiile se află întotdeauna în schimbare, dezvoltare şi evoluţie, toate experimentează stresul la un moment dat, iar schimbări majore în dinamica familiei cum ar fi boala, moartea, divorţul sau schimbarea domiciliului pot slăbi coeziunea unei familii şi pot transforma familia dintr-o familie funcţională într-una disfuncţională.

O altă situaţie este aceea când membrii familiei care se văd în situaţia de a reintegra în familie un bolnav pot experimenta tensiune şi furie. Odată cu diagnosticarea bolii cardiace şi apariţia complicaţiilor, nevoile pacientului cardiac cresc pe măsură ce boala devine din ce în ce mai gravă. Pe măsură ce pacientul devine din ce în ce mai bolnav, autonomia sa scade, iar dependenţa creşte. Acest nivel al îmbolnăvirii provoacă un stres important pentru cei ce îngrijesc pacientul, iar rezultatul acestei tensiuni, a muncii fizice şi a devastării emoţionale îi poate determina pe aceştia să clacheze şi să aibă nevoie de servicii de suport (Beder, 2006).

Nevoia de informare a partenerului bolnavului cardiac variază în funcție de faza evoluției bolii în care se află pacientul. Dickerson (1993) a identificat 3 faze distincte: descoperirea bolii, spitalizarea, externarea, recuperarea și revenirea la normal. Prima fază e dominată de nevoia de informații privind accesibilitatea spitalului pentru a facilita consultații și de oportunitatea de a avea alți membrii ai familiei ca sprijin. Faza a doua a fost dominată de nevoia de informare cu privire la externare și la reîntoarcerea acasă și nevoia de a avea acces la voluntari care au experiențe în îmbolnăvirea cardiacă. Faza a treia e caracterizată de nevoia de a vorbi într-un mediu sigur, de a exprima emoții și de a pune întrebări.

Apariția bolii cardiace este marcată de o serie de schimbări la care pacientul și familia sa e necesar să se adapteze. Perspectiva abordării familiei pacientului cardiac și a rețelei sale sociale devine importantă dacă ne propunem să înțelegem și să rezolvăm problemele emoționale sau comportamental ce însoțesc boala cardiacă (vezi anexa 3). Experiențe dureroase precum apariția bolii cronice sau moartea iminentă sunt acceptate și integrate cu dificultate de familiile afectate. În situația familiei unui pacient cardiac, putem vorbi de un stres produs de evenimentul imprevizibil generat de apariția bolii cardiace în viața pacientului și a familiei sale. În ceea ce privește stresul imprevizibil ce apare odată cu diagnosticarea bolii cardiace cronice, există, de asemenea, sarcini la care familia și pacientul cardiac e necesar să se adapteze, în scopul de a contracara posibile efecte determinate de dezechilibre de ordin fiziologic, psihologic sau social. Așadar, apariția bolii cardiace nu implică doar sarcini pentru pacienții care traversează această perioadă, ci și sarcini sau schimbări la care familia pacientului trebuie să se adapteze. Asistăm, în aceste condiții la o intensificare a anxietății ce afectează aceste familii.

Nu există nici un dubiu că boala cardiacă poate fi, uneori, o boală devastatoare, căpătând proporții îngrijorătoare printre pacienți. Odată diagnosticați cu o boală cardiacă, pacienții au nevoie de tratamente costisitoare, care, nu de puține ori, sunt însoțite de efecte adverse care, deseori, pot conduce la o scădere a calității vieții individuale și a celei familiale. Așadar, dincolo de efectele directe ale bolii cardiace asupra celor bolnavi, se extind efectele indirecte asupra familiei și prietenilor.

În țările dezvoltate, în cadrul sistemului de servicii publice adresate familiei, s-au înființat și dezvoltat servicii de terapie de familie. Ulterior, în multe state ele au cunoscut o extindere și în sistemul public (Mihăilescu, 1995). Aceste servicii pun astăzi accentul din ce în ce mai pregnant pe o abordare completă bio-psiho-socială a problemelor, pe modul în care aceste probleme afectează relațiile și comportamentele din interiorul familiilor. Această abordare a problematicii familiei poate fi realizată prin servicii complexe furnizate de echipe multidisciplinare constituite din terapeuți de familie, medici, asistenți sociali, psihologi, jurişti etc. În tabelul 6 apar câteva tipuri de intervenții focalizate pe

familie, intervenții ce pot fi realizate în cadrul serviciilor existente la nivel comunitar (Mardare, 2007).

***Tabelul 6.* Modele de intervenții centrate pe familie**

I. Intervenții psihoeducaționale la nivel individual, cu membrii familiei, în scopul facilitării procesului de adaptare la boală: * *Psihoeducația cu privire la:* - cauzele, evoluția și tratamentul bolii, - modul în care boala afectează în timp individul și relațiile familiale, - accesarea sistemului de îngrijire a sănătății și a altor resurse comunitare, * *Metode cognitive și/sau comportamentale de rezolvare a problemelor asociate îmbolnăvirii*
II. Intervenții ce afectează calitatea și funcționalitatea relațiilor familiale: - intervenții psihosociale la nivel individual cu membrii familiei sau la nivel psihosocial cu familia, pentru a consolida relațiile într-o manieră preventivă, - grupuri multifamiliale ce oferă psihoeducație și întărirea relațiilor familiale ca intervenție preventivă, - screen-ing continuu pentru pacienți și membrii familiei pentru a depista anxietatea excesivă, conflictul în familie și izolarea socială, - grupuri de suport pentru familie, incluzând autoajutorarea și întrajutorarea pentru prevenția primară și grupuri de suport conduse de profesioniști pentru prevenția secundară și terțiară.
III. Terapie de familie pentru familiile disfuncționale

***Sursa**: adaptare după Institute of Medicine, 2001.*

Specialiștii ce-și propun să trateze persoana bolnavă trebuie să ia în considerare sistemul familial al acesteia, precum și gama de relații a acesteia. *Cum este afectat pacientul de boală? Ce semnificație are boala pentru familia acestuia?* sunt întrebări la care terapia de familie e necesar să răspundă. De aici se desprinde ideea că familia pacientului trebuie ținută sub observație, cel puțin la fel de mult ca și bolnavul.

Specialiștii trebuie să fie conștienți atât de impactul unei intruziuni cum este aceea pe care boala cronică o are în structura și funcționarea familiilor, cât și de rolul pe care familia îl are în cauzalitatea, agravarea sau menținerea bolii cronice. Multe cercetări ce au vizat legătura dintre boală și relațiile interpersonale s-au concentrat pe interacțiunile din interiorul familiilor (Bentovim et al., 1989).

În 1977, Reddinhough și colegii săi au intervievat un număr de 43 de copii astmatici și pe părinții acestora, descoperind în rândul acestora existența unei concepții greșite despre boală și tratamentul acesteia. Au fost exprimate temeri și anxietăți legate de moarte, de afectarea serioasă a inimii și plămânilor, boala cauzând o epuizare a tuturor membrilor familiei, în special a mamei. Autorii au concluzionat că, în scopul atenuării anxietăților, tratamentul trebuie să includă mai mult timp petrecut de specialiști cu pacientul și cu familia acestuia.

Consilierea familială reprezintă sprijinul social acordat familiilor care traversează o situație de criză ce reclamă mobilizarea resurselor individuale și

sociale în scopul favorizării adaptării familiei la schimbare. Printre obiectivele consilierii familiale pot fi menționate următoarele: rezolvarea eficientă a unor probleme cu care se confruntă familia, în viața de zi cu zi; confruntarea cu situațiile de tranziție din ciclul de viață al familiei și facilitarea adaptării la schimbările impuse de acestea; sprijinul acordat indivizilor pentru a conștientiza anumite nevoi, emoții, gânduri negative, comportamente și situații problematice; ascultarea, înțelegerea și acceptarea sentimentelor de inadecvare a persoanelor implicate în procesul de consiliere; identificarea cauzelor situațiilor problematice, precum și a soluțiilor alternative; promovarea bunăstării membrilor familiei în armonie cu nevoile lor; ameliorarea climatului familial, a comunicării perturbate, abordării și executării sarcinilor de rol, a funcționalității sistemului; ameliorarea problemelor ce afectează membrii familiei și care cer un efort de grup concertat pentru a fi rezolvate.

Boala cardiacă, fiind o boală care afectează atât individul, cât și familia acestuia, determină o serie de schimbări pentru cei implicați. Aceste schimbări au loc în sferele emoțională, cognitivă și comportamentală. Emoțional, familia trebuie să se familiarizeze cu diagnosticul pacientului. Aceasta include suferința determinată de pierderea sănătății cuiva drag, dar și blamarea, supărarea sau furia. Schimbarea la nivel cognitiv apare în contextul educației familiei și a pacientului cu privire la boala cardiacă, incluzând aici informații cu privire la cauze, la evoluția bolii și la tratamentul ce trebuie urmat. Membrii familiei au nevoie să înțeleagă cum va fi afectată viața pacientului. De asemenea, familia trebuie consiliată cu privire la simptomatologia evoluției bolii și a posibilelor efecte adverse ale medicamentelor. În acest mod familia va ști unde și la cine să caute sprijin în situația în care pacientul se îmbolnăvește sau dezvoltă noi simptome. Schimbările la nivel comportamental constau în încorporarea bolii cronice a pacientului în viața de zi cu zi a familiei. Admițând schimbarea comportamentului ca fiind necesară, membrii familiei care-l îngrijesc pe pacient trebuie, de asemenea, să încerce să mențină un sens al normalității pentru pacient. Medicația și vizitele la clinică ale pacientului e necesar să se constituie într-o parte a traiului cotidian, cu toate că, pentru realizarea acestora sunt necesare adaptări majore și că, nu de puține ori, acestea generează un stres major asupra relațiilor și obiceiurillor din familie.

5.3.2. Terapia medicală de familie și boala cardiacă

Schimbarea perspectivei de la consilierea sau terapia individuală la abordarea sistemică a fost una esențială, terapia familială constituindu-se într-un veritabil instrument folosit în scopul înțelegerii și rezolvării problemelor umane.

Inițiată în anii `50, supusă unui proces de creștere și dezvoltare în anii `60 și înregistrând o perioadă de maturitate în anii `70, terapia de familie se dovedește a fi în zilele noastre, în special în țările ce acordă o atenție deosebită creșterii calității vieții familiale, o măsură intervențională esențială în cadrul politicilor sociale de remediu adresate familiei.

Terapia de familie este un proces de restructurare a relațiilor din cadrul familiilor, ce se realizează în timp și prin acțiuni sistematice, bazate pe anumite tehnici ce garantează relații interpersonale ce permit dezvoltarea deplină a capacităților membrilor familiei. Puterea și avantajele terapiei de familie sunt date de decizia de a-i aduce împreună pe soț și soție, pe părinți și copii în scopul de a transforma maniera lor de a interacționa atunci când apar probleme, de a-i învăța să trăiască împreună, de a se alia în lupta cu problemele, de a se descurca cu schimbările impuse de anumite probleme (Nichols și Schwarts, 2001).Terapia de familie are scopul de a schimba contextul în scopul schimbării pacientului. Un alt punct forte al terapiei de familie este acela că provoacă schimbări la nivelul întregii familii, astfel, beneficiile sunt de lungă durată, datorită faptului că fiecare membru al familiei se schimbă și continuă să exercite asupra celorlalți alte schimbări.

Singurul trial controlat cu privire la efectul terapiei de familie asupra bolii este cel raportat de Lask și Matthew, în 1979, acesta evaluând eficiența terapiei de familie ca un adjuvant la terapia medicală standard adresată copiilor cu astm. La un an după prima evaluare, grupul tratat prin terapie de familie a arătat o îmbunătățire semnificativă a variați parametri, comparativ cu un grup de control. Terapia a fost relativ scurtă (un total de 4 ½ ore în 4 luni) comparativ cu abordarea Philadelphia de 75 ore pe an, dar autorii au concluzionat că această abordare și-a centrat valoarea pe selectarea cazurilor de copii cu astm (Lask cf. Bentovim et al., 1989). Terapia de familie în secțiile de cardiologie are o valoare specifică în următoarele situații: toate situațiile în care psihoterapia este indicată, acolo unde simptomele fizice sunt prezente, dar în care factorii psihosociali au o importanță majoră în etiologia și menținerea simptomelor fizice; adaptare la boala fizică; dificultăți relaționale între membrii familiei afectată de boala cronică; probleme specifice ce apar din aspecte ce țin de spitalizare: separare, investigații speciale și tratamente dureroase și imobilizante (Lask, 1989 cf. Bentovim et al., 1989).

Printre principiile de suport pentru familie aplicate în cadrul serviciilor de terapie de familie pot fi amintite următoarele : implicarea întregii familii, mai curând decât implicarea in mod individual a membrilor familiei; oferirea de servicii, formare și sprijin care să crească capacitatea familiei de a gestiona propriile sale funcții; oferirea de servicii, formare și suport pentru a crește abilitatea familiilor de a-și crește și educa copiii; relația de bază dintre specialist și familie este una de egalitate și respect; centrare pe resursele familiei.

În domeniul îngrijirii sănătății, terapia de familie deține o serie de particularități ce vizează printre altele: dezvoltarea sau îmbunătățirea modului de a face față bolii cronice sau invalidității, îmbunătățirea comunicării cu medicii şi cu ceilalți profesioniști din echipa de îngrijire, acceptarea problemei medicale care nu poate fi vindecată, realizarea unor schimbări în stilul de viață impus de noile condiții etc. Terapia medicală de familie implică şedințe cu bolnavii, cu partenerii maritali, cu familiile şi cu echipa de specialişti. Astfel, se poate asigura o îngrijire promptă şi eficientă şi se poate crea cadrul în care să fie aplicate tehnici precum cele enunțate de McDaniel şi colaboratorii săi, în 1996: recunoaşterea dimensiunilor biologice ale problemei; solicitarea unui istoric privind evoluția bolii de la pacient şi de la familie; înlăturarea culpabilități şi acceptarea sentimentelor (negarea bolii, depresia, anxietatea); menținerea comunicării între familie şi specialişti; focalizarea pe problemele familiei, astfel încât boala să nu domine programul familiei sau să organizeze viața afectivă a acesteia; amplificarea autonomiei pacientului şi familiei ; reducerea gradului de dependență prin accentuarea şi mobilizarea resurselor pacientului, prin comunicarea încrederii în capacitatea familiei de a lua decizii sănătoase.

Terapia de familie desfăşurată în secțiile de cardiologie are o valoare specifică întrucât, în acest context, sunt prezente simptomele fizice, are loc adaptarea la boala cardiacă şi pot să apară probleme specifice ce țin de spitalizare: separare, investigații speciale şi tratamente dureroase, imobilizante etc.

În consilierea şi terapia de familie remarcăm existența unor şcoli variate ce analizează problematica psihosocială ce afectează familia şi propun intervenții adresate acestei problematici în funcție de teoriile explicative ce stau la baza demersului lor. În continuare vom prezenta abordarea centrată pe soluție, considerată, în prezent, ca fiind una dintre cele mai eficiente abordări. Pentru a ilustra abordarea centrată pe soluție şi pentru a sublinia diferențele dintre aceasta şi abordările terapeutice tradiționale, Bertolino şi Schultheis (2002) au construit diagrama prezentată în tabelul 7.

Dar, când putem considera o terapie ca fiind eficientă? Cercetătorii au demonstrat că, atunci când apar schimbări pozitive în cursul terapiei, există o serie de factori ce pot fi luați în considerare cu privire la practicarea terapiei de familie: terapia trebuie să se bazeze pe informarea clienților şi pe adaptarea viziunilor clienților la relația terapeutică, la procesele şi obiectivele consilierii, precum şi la sarcinile necesare atingerii acestor scopuri; terapia trebuie să fie centrată pe schimbare, în opoziție cu centrarea pe descoperirea cauzelor sau explicațiilor problemelor, cu excepția cazurilor în care această focalizare nu se potriveşte situației clientului; focalizarea trebuie să fie pe abilitățile şi resursele beneficiarilor, în opoziție cu deficiențele şi patologia acestora; terapia trebuie să fie orientată spre viitor; relația terapeutică care să exprime echilibru între căldură şi profesionalism; atitudinea pozitivă, deschisă a consilierului; clienții trebuie

trataţi ca fiinţe umane şi nu trebuie depersonalizaţi prin folosirea etichetelor; terapia de succes are mai puţin de a face cu tehnica şi mai mult cu factori ce ţin de clienţi şi de relaţia terapeutică; tehnicile sunt folosite atunci când sunt potrivite sistemului de idei şi credinţe al clientului ce urmăreşte modul în care va apărea schimbarea (Bertolino şi Schultheis, 2002).

Tabelul 7. **Abordarea terapeutică tradiţională versus abordarea terapeutică centrată pe soluţie**

ABORDAREA TRADIŢIONALĂ	ABORDAREA CENTRATĂ PE SOLUŢIE
Explorarea deficienţelor/problemelor	Analizarea competenţelor/abilităţilor
Centrare pe descoperirea patologiei	Centrarea pe promovarea sănătăţii/bunăstării
Pleacă de la credinţa că oamenii sunt răi, au agende ascunse şi sunt rezistenţi	Pleacă de la credinţa că oamenii au intenţii bune, sunt cooperanţi
Focalizarea este pe terapeutul care planifică şi controlează terapia	Focalizarea este pe realizarea unor mici schimbări care conduc la schimbări mai mari
Terapeutul este „expertul"	Terapia presupune colaborare –expertiza se află atât la terapeut, cât şi la client
Focalizarea este pe trecut/evenimentele din trecut	Focalizarea este pe prezent şi pe viitor
Terapeuţii subliniază exprimarea emoţiilor ca fiind necesară pentru schimbare	Terapeuţii validează experienţa trăită
Terapeuţii diagnostichează blocajele	Terapeuţii sunt orientaţi pe schimbare
Centrarea este pe găsirea unor probleme legate de identitate şi personalitate	Centrarea este pe acţiune şi pe descrierea proceselor

***Sursa**: Bertolino şi Schultheis, 2002, p 2 cf. Mardare, 2007*

Terapia de familie cu pacienţii cardiaci şi familiile acestora implică, procesual, parcurgerea mai multor etape. *Primul telefon* este prima etapă având ca scop obţinerea unei cantităţi minime de informaţii cu privire la problemă şi aranjarea unei consultaţii pentru întreaga familie. *Primul interviu* şi construirea relaţiei terapeutice este cea de-a doua etapă, având drept scop clădirea unei alianţe cu familia şi dezvoltarea unei ipoteze despre aspectele ce menţin problema curentă. În cadrul primului interviu cu familia bolnavului cronic, terapeutul poate evalua familia, acoperind aspecte ce vizează următoarele domenii majore: problema prezentată; ce probleme sunt asociate cu boala cardiacă; circuitul de referinţă (cum a fost luată decizia venirii la terapie) şi aşteptările membrilor familiei de la terapie; evaluarea contextului familiei; evaluarea structurii familiale (subsistemele soţi/părinţi-copii, tipul şi graniţele acestora, rolurile din familie şi socializarea acestor roluri); faza ciclului de viaţă în care se află familia; modele comportamentale ale pacienţilor şi ale membrilor familiei; modalităţi de adaptare a familiei la situaţia problematică; evaluarea stării mentale, emoţionale şi de

sănătate a indivizilor; identificarea comportamentelor de risc la pacienții cardiaci; condițiile fizice, de mediu și economice ce afectează pacienții și familia; cum funcționează familia ca grup; comunicarea în familie; competențele/ resursele pacientului și ale familiei de a rezolva problema; evaluarea unor documente utile în clarificarea problematicii; evaluarea existenței diversității factorilor culturali implicați. Această etapă își propune să ajute specialiștii să cunoască ceea ce doresc clienții să schimbe și să definească modul în care ar trebui să se deruleze procesul terapeutic. În terapia de familie acest aspect este foarte important pentru că fiecare persoană din familie are idei diferite și, dacă ne propunem ca aceștia să investească energie în crearea soluțiilor, trebuie ca toți să se simtă incluși în terapie. De asemenea, un scop al acestei etape este identificarea preferințelor și percepțiilor clienților cu privire la relația terapeutică.

Tot în această etapă a terapiei, terapeutul, împreună cu clienții, definește problema, clarifică care sunt nevoile de schimbare și fac o listă cu priorități în abordarea problemelor. În acest mod, atât clienții, cât și clinicienii pot fi clarificați cu privire la focalizarea terapiei. Definirea problemei este esențială la începutul terapiei, atunci când se stabilesc obiectivele. În finalul acestei prime etape, consilierul face o recomandare familiei care poate include fie propunerea unui contract de terapie, fie trimiterea familiei către un alt specialist, ale cărui competențe vin în sprijinul nevoilor familiei.

A treia etapă în cadrul procesului terapeutic cu familiile este *intervenția sau terapia propriu-zisă*, obiectivul acesteia fiind inițierea și facilitarea schimbării situației clientului/ familiei. După evaluarea și stabilirea obiectivelor, terapeutul și familia își pun întrebarea: *Cum vom putea atinge aceste obiective?* Intervenția trebuie să fie relaționată cu problema (Hackney și Cormier, 2001), iar selectarea unei intervenții poate deveni un proces anevoios. Deprinderile necesare terapeutului pentru a iniția o intervenție includ, printre altele, competență în realizarea intervenției, cunoștințe legate de utilizarea potrivită a intervenției, cunoașterea răspunsurilor tipice ale clienților, deprinderi de observare pentru a nota răspunsurile clientului etc.Un alt obiectiv al acestei etape implică schimbarea viziunii familiei cu privire la boala cardiacă și la problemele asociate acesteia. În acest scop, terapeutul alege împreună cu pacientul soluțiile prin punerea în discuție a unor aspecte ce țin viitor. În terapie, pacienții pot fi ajutați să creeze sau să reabiliteze sensul viitorului. Un alt aspect important al terapiei este cel ce vizează schimbările în procesul de luare a deciziilor în familie. Alte tehnici care pot fi aplicate familiei în această etapă au drept scop să-i ajute pe pacienți și pe familiile acestora să învețe să privească experiențele ca pe oportunități de învățare.

Un alt obiectiv al etapei de intervenție propriu-zisă, după schimbarea viziunii cu privire la problemă îl constituie schimbarea modelelor de comportament și interacționale cu privire la boala cardiacă și la problemele asociate acesteia. Pacienții cred, uneori, că ceea ce simt în interior este greșit, rău

sau problematic. Terapeuții vor să-i determine să afle că orice ar simți în interiorul lor este în regulă. Ceea ce simt oamenii nu cauzează probleme. Ceea ce fac ei ca rezultat al acestor sentimente poate fi problematic.

Ultima etapă în cadrul terapiei de familie este *sfârșitul intervenției,* etapă în care terapeuții se asigură că membrii familiei au învățat ceva despre felul în care să se descurce unii cu alții, fără ajutorul terapeutului. Acest lucru se întâmplă atunci când problema pentru care au solicitat sprijin s-a rezolvat, când familia simte că a câștigat ceea ce dorea. În această fază, consilierul poate cere familiei să anticipeze unele schimbări viitoare sau recidivele unor situații problematice, făcându-i conștienți pe clienți că viața este o succesiune de probleme cu care trebuie să să se descurce.

Derularea acestor demersuri terapeutice are un rol extrem de important în sprijinirea pacienților și familiilor acestora să se adapteze la boala cardiacă. Spitalele și instituțiile intermediare de îngrijire a sănătății apreciază capacitatea terapeuților de familie de a se adresa și a rezolva problemele familiale în relație cu boala, acestea fiind oportunități care pot sublinia modul în care perspectiva familiei poate fi inclusă în deciziile economice și clinice. Acest suport poate fi acordat, acolo unde rețeaua de sprijin informală nu există sau nu funcționează, prin servicii orientate pe diferitele nevoi, servicii dezvoltate atât la nivel comunitar, cât și la nivel instituțional. Numai astfel, poate fi asigurată continuitatea acordării unei îngrijiri de tip integrat, care să vină atât în sprijinul nevoilor celor aflați în suferință, cât și în sprijinul celor din jurul acestora.

Terapeuții de familie pot participa și contribui la definirea modelelor de sănătate bio-psiho-socială și a sistemelor de prestare a serviciilor de sănătate. O astfel de abordare a problemei ar putea să ajute la salvarea unui sistem de sănătate care se prăbușește și care ar putea să ofere îngrijiri mai eficiente pacienților și familiilor acestora.

În concluzie, atât consilierea sau terapia individuală, cât și cea de familie oferă, fiecare, un mod de abordare a problematicii cardiace și un mod de înțelegere a comportamentului uman. Ca moduri de abordare terapeutică, ambele modalități de intervenție au valorile lor speciale.

5.4. Strategii și metode intervenționale psihosociale în context comunitar

Definiția dată astăzi stresului include considerabil mai mult decât încerca Selye să arate în 1960, atunci când definea stresul fiziologic. La o privire mai atentă, rapida receptivitate la ideea de stres arătată de mulți oameni obișnuiți ca și de oameni de știință comportamentali este în general limitată la nivel psihologic. Aceasta se întâmplă din cauza faptului că oamenii rezonează ușor la importanța unor asemenea evenimente traumatice de viață cum ar fi moartea soțului sau soției

sau pierderea locului de muncă, aşa cum au subliniat Holmes şi Rahe. Dar, pe măsură ce ne mutăm de la experienţa psihologică personală la o arie social-structurală mai mare, acolo unde sociologul şi asistentul social pot avea contribuţii marcante, sarcina conceptualizării şi propunerea unor măsuri intervenţionale devin mai provocatoare (Linsky şi Straus, 1986).

Nevoile de prevenire a îmbolnăvirii cardiace, de tratare a problematicii asociată cu boala cardiacă, precum şi cele de adaptare după îmbolnăvire, nevoi medicale şi psihosociale deopotrivă, stau la baza programelor, măsurilor şi activităţilor profesioniştilor ce activează în domeniul îngrijirii sănătăţii. Problemele de sănătate agravante pot sta la baza instalării dependenţei persoanei bolnave de cei din jur, de cele mai multe ori de membrii familiei. În acest context, îngrijirea persoanelor dependente poate fi realizată, în cazul în care nu este accesibil suportul informal, de către servicii medico-sociale adecvate, accesibile atât la nivel organizaţional, cât şi comunitar.

5.4.1. Servicii comunitare de îngrijire medico-socială

Dat fiind faptul că participarea femeii la viaţa extrafamilială s-a extins, forma instituţiilor medico-sociale tinde să fie principala formă optimă de acordare a îngrijirii unei persoane dependente. Accesul la astfel de servicii poate împiedica apariţia unor disfuncţionalităţi în cadrul familiei, cea mai gravă fiind chiar disoluţia acesteia, cu efecte dintre cele mai traumatice asupra tuturor celor implicaţi.

Aşadar, pentru a diminua efectele marginalizării sociale a bolnavilor cu boală cardiacă este necesară înfiinţarea şi dezvoltarea sistemelor de sprijin social. Aici sunt avute în vedere două tipuri de sisteme de sprijin: sistemul informal, care se referă la legăturile cu prietenii, rudele, colegii, cu persoanele cu care sunt împărtăşite unele idei şi concepţii de viaţă, sentimente şi interese şi sistemul formal ce cuprinde organisme instituţionale şi categorii profesionale care oferă îngrijire. Alături de acestea există şi alte grupuri care acordă tipuri specifice de sprijin, cum sunt grupurile de suport şi voluntarii. Colaborarea intersistemică, între sistemele formale şi informale are consecinţe importante atât pentru servicii, care posedă stimuli şi modalităţi de control pentru a-şi îmbunătăţi eficacitatea organizatorică, cât şi pentru cetăţeni, care îşi amplifică participarea socială la gestiunea sănătăţii şi a calităţii vieţii.

Reabilitarea persoanelor ce suferă de boli cardiace îşi propune restabilirea sau ameliorarea stării lor de sănătate, reintegrarea lor în societate şi în mod particular în viaţa profesională. Se pune accent pe dezvoltarea capacităţii lor de a se reîntoarce într-o poziţie potrivită în societate, atât de mult cât e posibil şi fără asistenţă sau îngrijire pe termen lung. În multe ţări europene serviciile de îngrijire pe termen lung au fost reorganizate, ele propunându-şi în perioada actuală să

capaciteze oamenii ce au nevoie de astfel de îngrijire, conducându-i la o viaţă independentă şi împlinită, în ciuda limitărilor lor. Printre principiile care urmează a ghida acţiunile în acest sector pot fi incluse independenţa, centrarea pe nevoi, integrarea şi normalizarea, acordarea de servicii în propriul lor mediu de viaţă, dreptul de a primi îngrijire în acord cu nevoile, asigurarea calităţii şi a profesionalismului, eficienţa economică (Mardare, 2007).

În statele europene, astfel de servicii sunt finanţate atât de la bugetul local prin intermediul consiliilor locale, cât şi de la bugetul de stat, iar furnizarea unor astfel de servicii implică deopotrivă, atât sectorul public, cât şi cel privat. Asistenţa pacienţilor cardiaci include îngrijire în instituţii, sprijin material, servicii de orientare profesională, servicii de reabilitare, îngrijire personalizată etc. Politica este, deci, de a menţine pacienţii cardiaci cât mai mult posibil în comunitate, de a promova independenţa şi de a preveni sau reduce dependenţa, de a promova accesul şi implicarea persoanelor cu boli cardiace ca membri ai comunităţii. Deşi numărul serviciilor oferite acestor persoane în comunitate este în creştere, îngrijirea instituţională joacă încă un rol important, în special în cazul persoanelor aflate în faze avansate ale bolii cardiace (Mardare, 2007).

În ţările est-europene, familiile reprezintă principalul factor responsabil pentru îngrijirea membrilor de familie dependenţi. În socialism, îngrijirea socială a fost slab dezvoltată şi deseori îngrijirea nemedicală a pacienţilor se desfăşura pe patul de spital. În multe din aceste foste ţări socialiste oferta de astfel de servicii nu este suficientă pentru a răspunde cererii şi există serioase blocaje în furnizarea serviciilor, doar serviciile strict medicale fiind finanţate de casele de asigurări de sănătate.

În schimb, în ţările vest-europene, serviciile de îngrijire comunitară sunt organizate pe două nivele fundamentale: o îngrijire bazată pe instituţionalizare şi o îngrijire bazată pe rămânerea la domiciliu, în comunitate. Îngrijirea comunitară rezidenţială este centrată pe furnizarea de îngrijire de lungă durată şi a îngrijirii bolilor cronice, precum boala cardiacă. Aceste instituţii se pot întinde de la aşezăminte de îngrijire rezidenţială ce oferă o gamă limitată de servicii de sănătate la aşezăminte de îngrijire intensivă a bolilor cronice unde sunt îngrijiţi bolnavii cu nevoi complexe, medico-sociale. Accesul la serviciile de îngrijire pe termen lung poate fi realizat prin sistemul clasic de îngrijire a sănătăţii sau prin adresare directă. Îngrijirea cronică este în mod obişnuit accesată prin sistemul de îngrijire a sănătăţii după o fază de îngrijire acută. O dată cu creşterea interesului şi nevoilor pentru furnizarea serviciilor de îngrijire în afara instituţiilor, aria care s-a dezvoltat cel mai mult în cadrul îngrijirii comunitare este sectorul de îngrijire la domiciliu. Îngrijirea comunitară la domiciliu poate lua forme diferite de la vizite ale medicului, îngrijire medicală specializată şi servicii de menaj, la programe de tip "masa pe roţi" şi îngrijire pentru adulţi. Echipele multidisciplinare formate din medici, asistente medicale, asistenţi sociali, psihologi, jurişti etc. redirecţionează

bolnavii cronici în afara instituţiilor rezidenţiale şi realizează programe bazate pe îngrijirea la domiciliu. Astăzi, îngrijirea comunitară trebuie să facă faţă unei serii de provocări şi schimbări. Cum resursele economice pentru spitale se reduc şi durata de spitalizare scade, utilizarea serviciilor comunitare va creşte proporţional.

Printre prioritățile din domeniul îngrijirii bolii cardiace ar putea fi menționate acțiuni precum: educația pacienților cu boli cardiace prin dezvoltarea programelor de educație și consiliere, care să încurajeze stilurile de viață sănătoase cu focalizare pe menținerea sănătății, informarea în legătură cu nevoile de sănătate ale pacienților cardiaci, schimbarea atitudinală ce apare atunci când boala este considerată ca fiind o sentință a morții la aceea că boala poate fi prevenită, utilizarea unor canale multiple pentru transmiterea mesajelor, screening-ul bolii cardiace, educația profesioniștilor prin dezvoltarea unor programe de educație continuă pentru medicii de familie care să prevadă aspectele de prevenție și sfătuirea cu privire la modul în care acestea pot fi integrate în practica lor, instruirea medicilor în a-și perfecționa deprinderile de interrelaționare și comunicare cu pacienții cardiaci.

Profesorul Wiehn, de la Universitatea din Konstanz este convins de faptul că, o societate, cu cât e mai puternic împărțită în domenii relativ independente unul față de altul, ca orientare și acțiune (de exemplu, educația, medicina, asistența socială etc), cu atât crește șansa apariției unor grupuri marginale parțiale. *Lipsa unei reforme a asistenței sociale concomitentă cu reforma medicală poate juca un rol important în accentuarea diferențelor în curs de apariție, în crearea unor separări nete între domeniul „medical" și cel „social", între rolurile profesionale legate de un serviciu sau altul și poate impune chei de lectură opuse pentru aceeași situație problematică* (Zani și Palmonari, 2003, p. 296).

În sistemul de protecție medico-socială din România există lacune cum ar fi inexistența unei forme specifice de sprijin a familiilor cu bolnavi cardiaci. În același timp, educația pentru sănătate rudimentară a unei părți importante a populației face ca utilizarea serviciilor profilactice să fie redusă. Se remarcă, în continuare, lipsa unor programe si măsuri psihosociale coerente care să contribuie la scăderea mortalității și morbidității prin boli cardiace, cum ar fi scăderea apariției și agravării bolii cardiace prin promovarea metodelor de educație a indivizilor și familiilor acestora, creșterea calității îngrijirilor acordate de echipe interdisciplinare în mod integrat bolnavului cardiac internat în secțiile de cardiologie sau celui aflat în comunitate.

5.4.2. Grupurile de suport ca strategie de adaptare la boala cardiacă

Grupul de suport este o metodă indispensabilă de a-i ajuta pe pacienți să se confrunte cu sarcini de adaptare la situații noi și neprevăzute (Malekoff, 2004).

Grupul de suport poate fi definit ca fiind un proces educațional, ce se centrează pe dezvoltarea și adaptarea socială a unui individ, prin asocierea voluntară în grup și prin utilizarea acestei asocieri ca având semnificația altor finalități dezirabile din punct de vedere social. Grupul de suport este un instrument care contribuie la pregătirea pacienților cardiaci pentru reintegrarea și participarea la viața comunitară. Pentru pacienții cu comportamente de risc, grupul de suport se realizează întotdeauna pentru a veni în întâmpinarea nevoilor specifice și pentru a-i determina pe membrii grupului să găsească modalități eficiente de a rezolva problemele ce afectează viețile lor.

Printre principiile la care aderă specialiștii ce formează și moderează grupurile de suport cu pacienții cardiaci pot fi enunțate următoarele: formarea unor grupuri bazate pe nevoile resimțite sau pe dorințele participanților și nu pe diagnosticul acestora; structurarea grupurilor realizată astfel încât să fie abordată persoana ca întreg și nu doar anumite părți ale acesteia; integrarea activităților verbale cu cele nonverbale; dezvoltarea alianței cu alte persoane relevante din grup; descentralizarea autorității și reîntoarcerea controlului la membrii de grup; menținerea unei focalizări duale asupra schimbării individuale și reformării sociale; înțelegerea și respectarea dezvoltării de grup ca fiind o cheie de promovare a schimbării.

Scopul grupului poate fi descris plecând de la următoarele dimensiuni: specificarea problemelor, simptomelor, preocupărilor prezente; aspecte ale dezvoltării normale a pacientului, un scop al tuturor grupurilor pentru pacienți fiind acela de a deveni bine informați și de a preveni comportamentele problematice prin achiziționarea de informații clare, prin învățarea rezolvării de probleme. Lucrând cu pacienții în grupuri, specialiștii au oportunitatea de a provoca la aceștia creșterea toleranței la incetitudine și toleranța în fața ambiguității.

Datorită faptului că nevoile și preocupările pacienților sunt interrelaționate și că soluțiile trebuie să ia în considerare pacientul ca întreg, grupurile de intervenție trebuie să fie structurate astfel încât să implice persoana ca întreg și nu doar părțile problematice ale acesteia. De aceea, problemele și comportamentele de risc ale pacienților (fumat, stres, alimentație necorespunzătoare, lipsa exercițiilor fizice, sărăcie etc) nu pot fi abordate separat. Pentru a avea succes, programele de intervenție trebuie să acorde atenție acelor aspecte ce stimulează dezvoltarea legăturilor sociale de sprijin (Heller, Price și Hogg, 1990 cf. Zani, 2003).

În concluzie, prevenția primară a bolii cardiace relaționată cu factorii psihosociali se află, în mare măsură, în afara atenției clinicienilor. Factorii psihosociali sunt determinați în mare măsură de factori sociali, politici sau economici, a căror existență este determinată de politici ce influențează în domeniul public sau privat structura și funcționarea comunităților. În același timp, vizând componentele psihosociale ale prevenției secundare a bolii cardiace,

clinicienii trebuie să ia în considerare depistarea şi tratarea depresiei, mobilizarea suportului social şi rezolvarea problemelor psihosociale asociate îmbolnăvirii.

Aşadar, ca răspuns la întrebarea *Ce modalităţi intervenţionale psihosociale pot fi dezvoltate în sprijinul pacienţilor cardiaci aflaţi în situaţii de risc psihosocial şi al familiilor acestora în scopul creşterii calităţii vieţii lor?* a fost realizată o analiză teoretică a principalelor strategii şi metode intervenţionale adresate pacienţilor care se confruntă cu boala cardiacă şi care se află în situaţie de risc psihosocial înalt, precum şi a intervenţiilor adresate familiilor acestora. Au fost analizate intervenţii psihosociale ce pot fi incluse în programele de reabilitare cardiacă, o practică uzuală în multe state ale lumii, dar puţin cunoscută şi practicată în Romania. În cadrul acestor tipuri de intervenţii au fost propuse managementul de caz în cadrul echipei multidisciplinare, servicii de consiliere adresate pacienţilor cardiaci, servicii de asistenţă socială sau servicii care să includă tehnici de management al stresului, precum şi servicii de consiliere şi terapie pentru familii sau servicii de îngrijire medico-socială şi grupuri de suport organizate la nivel comunitar pentru bolnavii cardiaci şi familiile acestora. Toate aceste servicii pot fi integrate în programele de reabilitare cardiacă, derulate fie în spital, fie în comunitate, programe ce lipsesc în România, cu consecinţe serioase pentru pacienţii cardiaci, familiile acestora şi societate, în ansamblu.

PARTEA II

Studii privind analiza şi intervenţia psihosocială în contextul bolii cardiace

Capitolul 6. **Statistica mortalității prin boli cardiace la nivel național și internațional**

Capitolul 7. **Factorii sociali asociați bolii cardiace la internarea în spital**

Capitolul 8. **Procesul stresului social asociat evoluției bolii cardiace la pacienții internați în spital**

Capitolul 9. **Satisfacția pacienților cardiaci cu suportul social formal asociat aspectelor interpersonale ale relației cu personalul medical și de îngrijire din spital**

Capitolul 6

Statistica mortalităţii prin boli cardiace la nivel naţional şi internaţional

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză a mortalității la nivel mondial şi se previzionează că va rămâne principala cauză de deces şi în viitorii ani. În anul 2005, OMS declara că numărul deceselor prin boli cardiovasculare a fost la nivel mondial de 17,5 milioane de persoane, ceea ce reprezintă 30% din totalul deceselor. Dintre aceste decese, statisticile OMS arată că 7,6 milioane de decese au fost cauzate de IMA, în timp ce 5,7 milioane de AVC (WHO, *http://www.who.int*, consultat la data de 6 septembrie 2007). OMS avertizează că, dacă nu se vor lua măsuri adecvate de evaluare, prevenire şi combatere a bolilor cardiovasculare, până în anul 2015 se estimează că, în fiecare an, vor muri 20 de milioane de oameni prin boli cardiovasculare, în special prin IMA şi AVC. Deşi tendința de creştere a ratei mortalității prin boli cardiovasculare se menține, asistăm, totuşi, în special în țările industrializate, la scăderi ale ratelor morbidității şi mortalității prin boli cardiovasculare. Cu toate acestea, în ciuda declinului numărului bolilor cardiace în cele mai multe țări industrializate din vestul Europei, bolile cronice ale aparatului cardiovascular (bolile coronariene, HTA, AVC) constituie o problemă de sănătate publică majoră, fiind principala cauză de decese în țările vestice (American Heart Association, 1999) şi o problemă ce atinge proporții epidemice în multe țări din Europa de Est (Bobak şi Marmot, 1996).

Pentru a diagnostica situația bolilor cardiovasculare în statele UE, în general, şi în România, în special, am realizat o analiză secundară de date, încercând să analizez comparativ valorile pe care un indicator important al stării de sănătate a populației (rata mortalității) le înregistrează în principalele state ale UE, precum şi a celor înregistrate în România, aşa cum au evoluat acestea în perioada 1990-2005. Aşadar, pentru a evalua situația la nivelul României din punctul de vedere al stării de sănătate şi al impactului pe care bolile cardiace îl au asupra acesteia, a fost utilizat un indicator utilizat frecvent – mortalitatea prin boli cardiovasculare (boli coronariene şi boli cerebrovasculare), definit ca procent din populația care a decedat prin boli cardiovasculare în perioada 1990-2005. Acest indicator a fost analizat anterior la un nivel contextual mai larg (statele Uniunii Europene), comparând existența principalelor cauze de deces şi ponderea bolilor cardiovasculare în rândul statelor UE, în anul 2001.

Variabilele analizate au cuprins numărul de decese prin principalele boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice) în ţările UE selectate, numărul de decese prin principalele boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice) pe categoriile de gen şi vârstă, numărul de decese prin boli ischemice ale inimii comparativ cu alte cauze de deces în România, numărul de decese prin boli ischemice ale inimii pe categoriile de gen în România, ponderea ischemiei cardiace în rândul cauzelor mortalităţii generale în cadrul previziunilor realizate de OMS pentru perioada 2002-2030. Datele au fost regrupate şi codificate în scopul realizării analizei distribuţiei caracteristicilor selectate pentru statele UE la nivelul anului 2001 şi pentru populaţia Romaniei în intervalul 1990-2005. Analiza datelor s-a realizat cu ajutorul programului de prelucrare statistică SPSS.

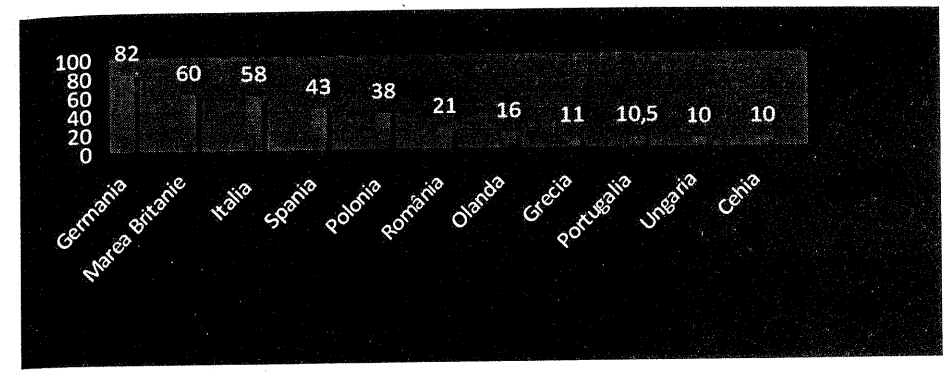
6.1. Analiză comparativă a ratei mortalităţii prin boli cardiace la nivelul statelor UE

Pentru a realiza aceste analize comparative în spaţiu, la nivel internaţional, au fost accesate documente ce au cuprins date ale OMS privind ratele mortalităţii prin boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice) pe categorii de gen şi de vârstă în ţările UE, date publicate în cadrul WHOSIS - sistemul de informaţii statistice al OMS ce cuprinde statistici naţionale pentru 50 de indicatori de bază ai stării de sănătate). Analiza a fost realizată la nivelul anului 2001, acesta fiind ultimul an pentru care au existat date actualizate pentru majoritatea ţărilor UE (sursa: *WHO Mortality Database Tables,* consultată la data de 20 iulie 2007).

În scopul realizării unei analize comparative privind mortalitatea prin boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice) în ţările Uniunii Europene au fost selectate primele 11 ţări ca efectiv al populaţiei pentru care au existat date pe site-ul OMS, conform Fig. 11 în funcţie de numărul populaţiei, de gen (femei, bărbaţi) şi grupe de vârstă (25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, peste 75 de ani). Din analiză au fost excluse 4 ţări (Franţa, Danemarca, Belgia, Slovacia) din cauza faptului că nu aveau date privind mortalitatea pe cauze de deces actualizate pentru anul 2001.

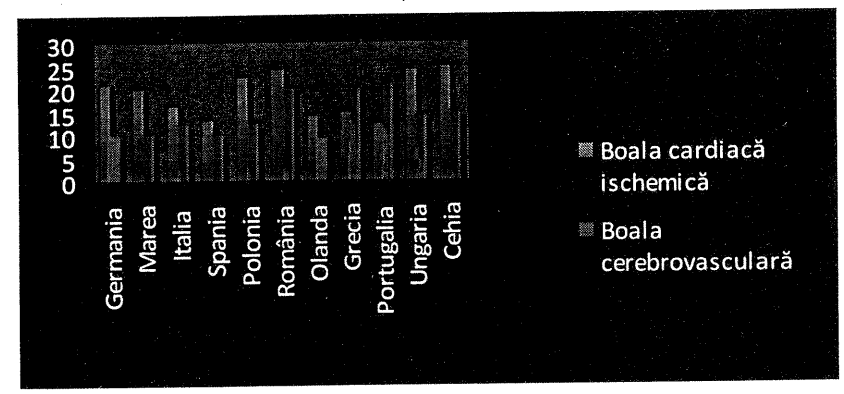
În cele mai multe dintre ţările UE analizate, conform unor date culese la nivelul anului 2002, boala cerebrovasculară şi boala cardiacă ischemică reprezentau principalele două cauze ale mortalităţii, valorile acestor indicatori fiind prezentate în Figura 12.

Figura 11. **Statele UE selectate pentru analiză, în funcţie de efectivul populaţiei generale** (milioane de locuitori), **în anul 2002**



Sursa*: OMS, www.who.int, consultată la data de 15 august 2007*

Figura 12. **Ponderea cauzelor de deces prin boli cardiovasculare în cadrul statelor UE analizate, în anul 2002**



Sursa*: World Health Statistics, 2006, http://www.who.int*

Astfel, conform datelor OMS existente la nivelul anului 2002, boala cardiacă ischemică era principala cauză a mortalităţii în toate statele UE, cu valorile cele mai mari înregistrate în Cehia - 25% din totalul cauzelor de deces, *România – 24%,* Ungaria – 24%, valorile cele mai mici înregistrându-se în Grecia – 15%, Olanda – 14%, Spania – 13% şi Portugalia – 12%.

Se remarcă faptul că România, deşi a 6-a ţară ca efectiv al populaţiei din UE, înregistrează cel mai ridicat procent al deceselor prin boli cardiace ischemice (24%) şi prin boli cerebrovasculare (20%), comparativ cu primele state ca efectiv al populaţiei din UE: Germania (21% boli cardiace ischemice – 10% boli cerebrovasculare), Marea Britanie (20% boli cardiace ischemice – 10% boli cerebrovasculare), Italia (16% boli cardiace ischemice – 12% boli cerebrovasculare), Spania (13% boli cardiace ischemice – 10% boli

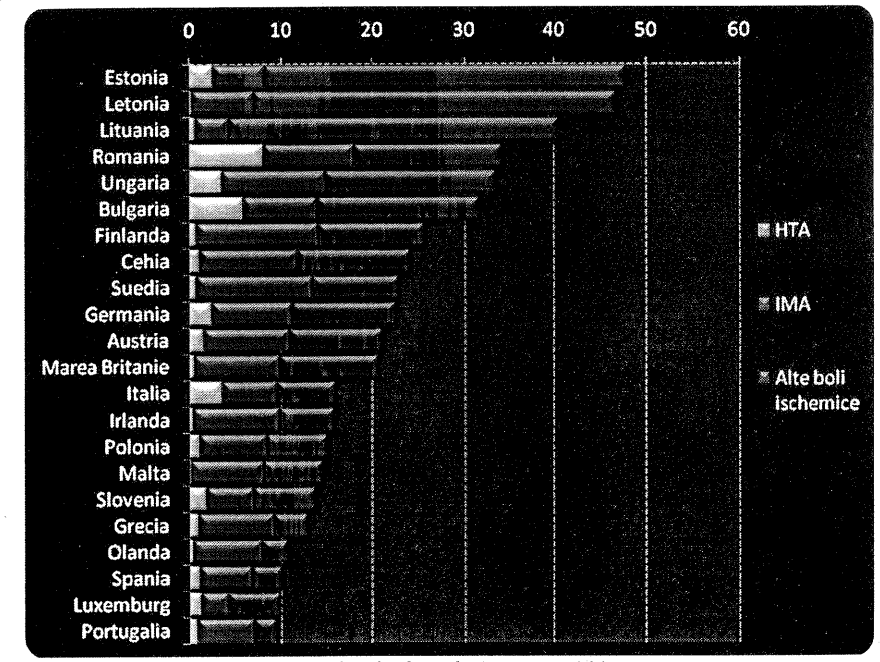
cerebrovasculare). Celelalte 6 state au fie o situație cel puțin la fel de gravă sau mai gravă comparativ cu România (Cehia-25% boli cardiace ischemice – 15% boli cerebrovasculare, Ungaria 24% boli cardiace ischemice – 14% boli cerebrovasculare), fie o situație mai bună (Portugalia 12% boli cardiace ischemice -21% boli cerebrovasculare, Grecia 15% boli cardiace ischemice – 20% boli cerebrovasculare, Olanda 14% boli cardiace ischemice – 9% boli cerebrovasculare).

Comparând datele statistice din anul 2001 privind valorile mortalității prin IMA, HTA şi alte boli cardiace ischemice înregistrate în România cu cele referitoare la alte țări membre ale UE, situația este una defavorabilă României. Astfel, în rândul primelor 11 state ca efectiv al populației, mortalitatea prin bolile cardiace cel mai des întâlnite (IMA, HTA şi alte boli cardiace ischemice) înregistrează valorile cele mai mari în România, urmată de Ungaria, Cehia, Germania, Marea Britanie, Italia, Polonia, Grecia, Olanda, Spania, Portugalia. Doar valorile foarte mari ale un numărului de decese prin astfel de boli din state ale UE cu un efectiv mai redus al populației (Estonia, Letonia, Lituania) ajută România să nu dețină primul loc în UE la mortalitatea prin boli cardiace (Figura 13).

Analizând principalele boli cardiovasculare care înregistrează valori ridicate ale ratei mortalității, s-a constatat că boala coronariană rămâne cauza principală a mortalității în statele UE. Această constatare este independentă de variabila gen, atât femeile, cât şi bărbații având ca principală cauză de deces boala coronariană. Cu toate acestea, se pot înregistra anumite diferențe de gen la nivelul fiecărei țări, România fiind printre țările membre UE cu ratele de deces cele mai ridicate în rândul bărbaților. La femei boala coronariană apare de obicei mai târziu (după menopauză), dar, odată apărută, rata de apariție a morții subite cauzată de boala coronariană în rândul femeilor este mai mare decât în rândul bărbaților. În același timp, analizând comparativ valorile mortalității asociate vârstei, România înregistrează cea mai ridicată rată a mortalității prin boli coronariene la grupele de vârstă 25-34 de ani şi 35-44 de ani. Asistăm, aşadar la afectarea grupului social format de tinerii şi persoanele active care trebuie reintegrate în circuitul social după ce faza acută a bolii a fost depăşită. De aceea, în scopul prevenirii îmbolnăvirii şi a adaptării la boala cardiacă a acestor persoane cu păstrarea rolurilor sociale anterioare îmbolnăvirii devine absolut necesar a fi luate măsuri de evaluare, prevenire şi combatere a factorilor de risc asociați îmbolnăvirii.

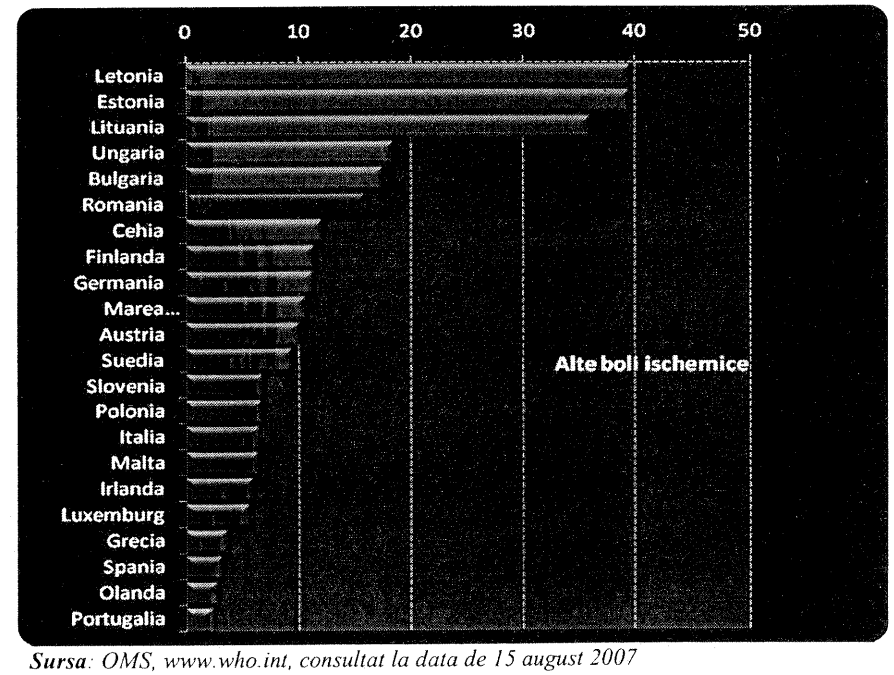
În ceea ce priveşte rata mortalității prin IMA, România ocupă locul al doilea, în urma Ungariei şi înaintea Marii Britanii, Germaniei, Italiei, Greciei sau Olandei.

Figura 13. **Numărul de decese prin principalele boli cardiace** (HTA, IMA şi alte boli ischemice) **în țările UE analizate, în anul 2001** (coeficientul este calculat la 10.000.000 de locuitori)



***Sursa**: OMS, www.who.int, consultat la data de 15 august 2007*

Figura 14. **Numărul de decese prin alte boli ischemice, exceptând IMA în țările UE analizate, în anul 2001** (coeficientul este calculat la 10.000.000 de locuitori)

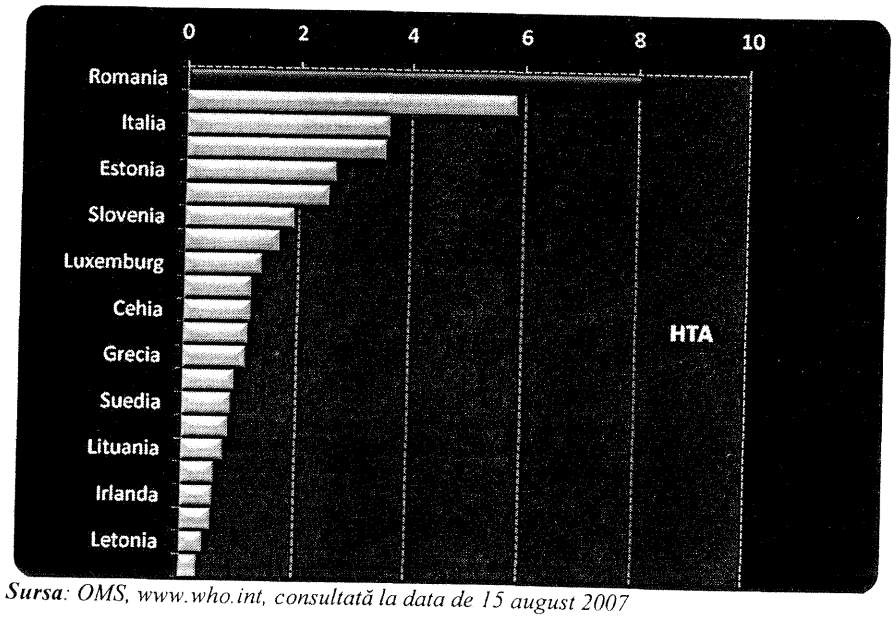


***Sursa**: OMS, www.who.int, consultat la data de 15 august 2007*

În urma analizării valorilor ratelor mortalității prin alte boli cardiace ischemice, altele decât IMA, într-un clasament al celor 11 state ale UE analizate, România ocupă locul 2, după Ungaria. Cele mai mici valori ale acestor rate ale mortalității sunt înregistrate de Portugalia, Olanda, Spania şi Grecia.

Valorile privind ratele mortalității prin HTA, o altă afecțiune des întâlnită în rândul populațiilor din statele UE analizate, înregistrate în anul 2001 în statele analizate, sunt prezentate în Figura 15. Se remarcă, astfel, că România, ocupă, primul loc în ceea ce priveşte mortalitatea generală prin HTA şi locul al doilea la mortalitatea prin HTA în rândul bărbaților. România este urmată, în ordine, de Italia, Ungaria, Germania, Spania, Cehia, Polonia, Grecia, Portugalia şi Olanda. O situație asemănătoare se poate observa şi la nivelul statelor UE în ceea ce priveşte dinamica HTA în cadrul diferitelor categorii de vârstă. Se constată, astfel, că România se află pe primul loc în ceea ce priveşte mortalitatea prin HTA la grupa de vârstă sub 45 de ani şi pe locul al doilea la mortalitatea prin HTA la toate vârstele în rândul bărbaților. Mai mult decât atât, în funcție de grupele de vârstă, Romania este singura țară dintre statele UE în care există mortalitate prin HTA la grupa de vârstă 25-44 de ani. În acelaşi timp s-a constatat că rata de deces prin HTA, la grupa de vârstă sub 44 ani este mai mare în rândul bărbaților comparativ cu femeile aflate înainte de menopauză. După această vârstă, însă, rata de deces prin HTA în rândul femeilor creşte simțitor.

Figura 15. **Numărul de decese prin HTA în țările UE analizate, în anul 2001**
(coeficientul este calculat la 10.000.000 de locuitori)



***Sursa**: OMS, www.who.int, consultată la data de 15 august 2007*

6.2. Analiza evoluției mortalității prin boli cardiace în România

În prezent, în România valorile ratelor morbidității şi mortalității prin boli cardiovasculare sunt în continuă creştere. O analiză comparativă privind principalele cauze ale mortalității în România poate fi realizată pe baza ultimelor date publicate de OMS din anul 2001 prezentate în tabelul 8. Se poate constata, astfel că principalele cauze ale mortalității în rândul bărbaților sunt bolile aparatului circulator (76781 decese) şi bolile coronariene (28395 decese), în timp ce în rândul femeilor cauzele cele mai întâlnite sunt bolile aparatului circulator (82459 decese), bolile cerebrovasculare (28220 decese) şi bolile coronariene (19273 decese).

Tabelul 8. **Mortalitatea pe cauze de deces în România, în funcție de gen, în 2001**

Bărbați		**Femei**	
1. Boli ale aparatului circulator	76781	1. Boli ale aparatului circulator	82459
2. Boli coronariene	28395	2. Boli cerebrovasculare	28220
3. Neoplasme maligne	24850	3. Boli coronariene	19273
4. Boli cerebrovasculare	24554	4. Neoplasme maligne	17616
5. Boli ale circulației pulmonare şi alte boli cardiace	9250	5. Hipertensiune arterială	9927

***Sursa**: OMS, www.who.int, consultat la data de 15 august 2007*

Analizând cauzele de deces din rândul populației, independent de gen, conform datelor statistice publicate de OMS în anul 2002, se constată că primele cauze de deces în România sunt boala cardiacă ischemică (40%), boala cardiovasculară (20%) şi boala cardiacă hipertensivă (7%), aşa cum sunt prezentate în tabelul 9.

Tabelul 9. **Primele 10 cauze de deces în România, în anul 2002**

Nr.	**Cauzele de deces**	**Decese**		**Ani de viață pierduți**
		(000)	**(%)**	
1	*Boala cardiacă ischemică*	60	40	17
2	*Boala cardiovasculară*	52	20	14
3	*Boala cardiacă hipertensivă*	16	7	4
4	*Boli de ficat şi ciroza*	10	4	6
5	*Cancer la nivelul aparatului respirator*	6	3	4
6	*Infecții ale căilor respiratorii inferioare*	6	3	4
7	*Bronhopneumonia cronică obstructivă*	5	2	2
8	*Cancer de colon şi rect*	4	2	2
9	*Cancer de stomac*	4	2	2
10	*Cancer de sân*	3	1	2

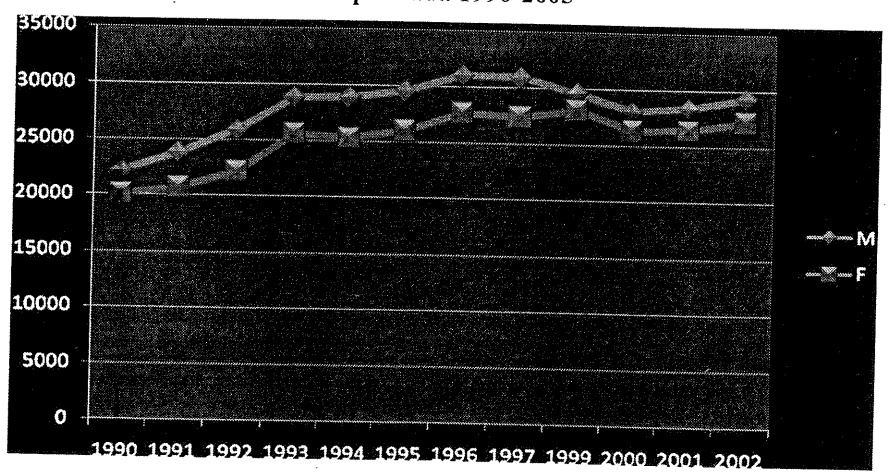
***Sursa**: World Health Statistics, 2006, http://www.who.int*

În urma cercetărilor făcute în ultimii ani, în țările vestice se consideră că un rol semnificativ în evoluția bolii cardiace este atribuit factorilor psihosociali precum deprinderile de adaptare la stres, suportul social, depresia și anxietatea. Deși la nivelul discursului public și în România analiza acestor factori începe să intre în discuțiile privind etiologia bolilor cardiace, constatăm că nu se fac încă cercetări care să vizeze aspectele psihosociale ale bolilor, în special a celor cronice (boli cardiace, cancer, HIV/SIDA etc).

În prezent, în România ratele morbidității și mortalității prin boli cardiace și boli cardiovasculare sunt în continuă creștere. Folosind ratele mortalității și morbidității ca indicatori de măsurare a stării de sănătate se poate constata că românii din ziua de azi sunt cu mult mai bolnavi decât românii din trecut. Pentru a ilustra acest aspect a fost realizată o analiză comparativă privind mortalitatea prin boli cardiace (boli ischemice ale inimii) în România, pe categorii de gen, în perioada 1990-2005. Pentru realizarea acestei analize au fost accesate documente în care au fost identificate date cu privire la ratele mortalității prin diferite cauze înregistrate pe categorii de gen și vârstă, precum și date cu privire la ratele de deces prin principalele boli cardiace (HTA și boli cardiace ischemice) în România, între anii 1990 și 2005. Datele au fost publicate pe site-ul Institutului Național de Statistică al României și în Anuarul Statistic publicat în anul 2006 de același institut.

În ceea ce privește genul persoanelor care se îmbolnăvesc, tendința actuală este aceea a reducerii diferențelor de gen în rândul deceselor prin boli cardiace (vezi Figura 16).

Figura 16. **Mortalitatea prin boli cardiace ischemice, în România, după gen, în perioada 1990-2005**



***Sursa**: Institutul Național de Statistică, www.insse.ro,**(www.incds.ro)** consultat la data de 15 august 2007*

Așadar, dacă facem o comparație a datelor privind ratele mortalității prin boli cardiace, în România, între anii 1990 și 2005, constatăm o creștere a valorilor acestora de la valori minime înregistrate în anii 1990 și 1991, atât în rândul femeilor, cât și în rândul bărbaților, la valori maxime înregistrate în anii 1996-1997 în rândul bărbaților și 1999 în rândul femeilor.

Această evoluție poate fi explicată prin schimbările existente la nivelul stilului de viață al populației (alimentație inadecvată din punct de vedere calitativ și cantitativ, lipsa exercițiilor fizice, inițierea unor comportamente maladaptative: fumat, consum excesiv de alcool, consum de droguri etc, inadaptarea la stresorii din ce în ce mai numeroși: suprasolicitări de durată în mediul familial și/sau profesional, boli cronice, conflicte cronice relaționale, intrapsihice cauzate de inexistența unor reguli personale și sociale cu rol de ghidare și orientare în noua societate apărută după revoluția din 1990).

În concluzie, în prezent, românii mor, în primul rând, din cauza bolilor cardiovasculare, factorii de risc pentru aceste boli fiind considerați, în viziunea OMS, dieta necorespunzătoare, lipsa activităților fizice și fumatul. Plecând de la aceste constatări, se impune luarea unor măsuri care să țintească controlul acestor factori în rândul populației din România.

Astfel, în anul 2007, România a adoptat și semnat Carta Europeană Privind Sănătatea Cardiovasculară care stabilește că "*principalii factori de risc pentru boala cardio-vasculară sunt fumatul, tensiunea arterială crescută și nivelul ridicat al colesterolului sanguin, factori în directă relație cu stilul de viață individual și obiceiurile alimentare, cât și cu nivelul de activitate fizică. Alți factori de risc cardiovasculari includ obezitatea, diabetul zaharat, consumul excesiv de alcool și stresul psiho-social*".

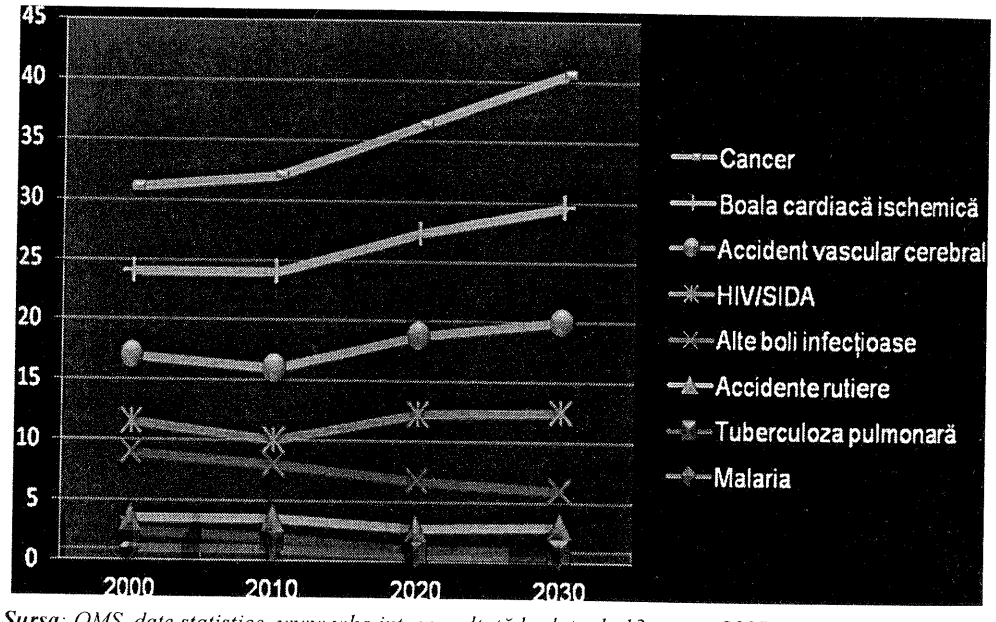
6.3. Previziunile OMS cu privire la principalele cauze de deces

Dincolo de trecutul și de prezentul fenomenului îmbolnăvirii prin boli cardiovasculare, interesează și care sunt previziunile cu privire la cauzele de deces în următorii ani. Previziunile făcute de OMS pentru următorii ani nu sunt îmbucurătoare în ceea ce privește rata mortalității prin boli cardiace. Statisticile predictive au un rol important și util în furnizarea de informații celor ce iau decizii, realizează planificări strategice sau stabilesc prioritățile în domeniile cercetării și dezvoltării. Conform predicțiilor făcute pentru următorii 25 de ani, de către OMS, în anul 2006, la nivel mondial se va înregistra, în ceea ce privește distribuția deceselor, o mutare substanțială a acesteia de la grupele mai mici de vârstă la grupele de vârstă mai mari și de la bolile transmisibile la cele netransmisibile. Astfel, între 2002 și 2030 se previzionează un declin semnificativ al mortalității pentru toate cauzele principale ale bolilor transmisibile, maternale,

perinatale şi nutriţionale, cu excepţia HIV/SIDA. Deşi ratele mortalităţii pentru majoritatea bolilor netransmisibile, specifice anumitor vârste, e proiectat să cunoască un declin, creşterea speranţei de viaţă a populaţiei globale determinată de acest lucru va determina creşteri semnificative ale numărului total al deceselor prin cele mai multe boli netransmisibile în următorii 30 de ani. Astfel, bolile netransmisibile vor fi responsabile pentru circa 70% din totalul deceselor în 2030. Datele au fost culese din *World Health Statistics 2007*, publicaţie anuală editată de OMS ce cuprinde cele mai recente statistici cu privire la starea de sănătate a 193 de state membre ale OMS (OMS, *www.who.int, consultată la data de 13 august 2007)*

Documentul cuprinde în prima parte 10 puncte centrale ale statisticilor privind starea de sănătate din anul 2006, unul dintre aceste puncte centrale, denumit *Future health: projected deaths for selected causes of death, 2002- 2030*, fiind studiat cu prioritate în scopul identificării previziunilor OMS. Astfel, în anul 2030, primele 4 cauze ale mortalităţii se preconizează a fi cancerul, boala cardiacă ischemică, boala cerebrovasculară şi HIV/SIDA (vezi Figura 17).

Figura 17. **Ponderea cauzei privind ischemia cardiacă în rândul cauzelor mortalităţii generale în cadrul previziunilor realizate de OMS pentru perioada 2002-2030**



***Sursa**: OMS, date statistice, www.who.int, consultată la data de 13 august 2007*

De asemenea, numărul deceselor atribuite fumatului este preconizat să crească de la 5,4 milioane în 2005 la 6,4 milioane în 2015 şi 8,3 milioane în 2030. Fumatul se previzionează că va ucide cu 50% mai mulţi oameni comparativ cu

HIV/SIDA şi că va fi responsabil de 10% din totalul deceselor (*"Future health: projected deaths for selected causes to 2030", OMS, www.who.int.).*

Aşadar, conform previziunilor OMS făcute pentru anul 2030, se constată că mortalitatea prin ischemii cardiace va fi în continuă creştere, ceea ce impune luarea de măsuri intervenţionale eficiente, intervenţii fundamentate ştiinţific prin identificarea factorilor etiologici şi a celor declanşatori ai bolilor cardiace.

Aceste analize realizate la nivel internaţional şi naţional în scopul definirii unor contexte sociale, spaţiale şi temporale, ale bolii cardiace, vor fi completate, în continuare, de o cercetare ce-şi propune stabilirea unui context social al fenomenului îmbolnăvirii prin boli cardiace, de această dată la nivel organizaţional, spitalicesc.

În concluzie, pentru a descrie fenomenul îmbolnăvirii prin boli cardiace la nivel internaţional şi naţional am analizat evoluţia ratei mortalităţii prin boli cardiovasculare în România, pentru perioada 1990-2005, am analizat comparativ mortalitatea prin boli cardiace în România şi alte state ale Uniunii Europene la nivelul anului 2001 şi am identificat previziunile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii cu privire la principalele cauze de deces pentru perioada 2002-2030. Această etapă a implicat o analiză secundară de date privind rata mortalităţii prin boli cardiace, indicator principal utilizat de cercetători în evaluarea fenomenului îmbolnăvirii prin boli cardiace. Principalele concluzii arată că, în România, mortalitatea prin boli cardiace a cunoscut o ascensiune începând cu anul 1990, culminând cu anul 1997, când s-au înregistrat cele mai ridicate valori ale acestui indicator. Începând cu anul 1997, până în 2005 evoluţia mortalităţii prin boli cardiace a înregistrat un ritm sinuos, valorile din anul 2005 fiind apropiate de cele din 1997.

La nivel internaţional, în anul 2001, în rândul primelor state ca efectiv al populaţiei din Uniunea Europeană, mortalitatea prin bolile cardiace cel mai des întâlnite (IMA, HTA şi alte boli cardiace ischemice) înregistrează valorile cele mai mari în România, urmată de Ungaria, Cehia, Germania, Marea Britanie, Italia. De asemenea, România se află pe locul 1 la mortalitatea prin hipertensiune arterială la bărbaţi şi la categoriile de vârstă sub 50 de ani. În acest context, OMS previzionează că până la sfârşitul perioadei 2002-2030 mortalitatea prin boli cardiace ischemice va deveni principala cauză de deces în rândul populaţiei, concluzia fiind evidenţierea necesităţii luării unor măsuri în ceea ce priveşte stoparea acestei evoluţii alarmante.

Capitolul 7

Factorii sociali asociaţi bolii cardiace la internarea în spital

7.1. Obiectivele cercetării

Întrebările la care cercetarea prezentă şi-a propus să răspundă sunt următoarele: *Care sunt caracteristicile sociale asociate îmbolnăvirii prin boli cardiace şi internării în spital a pacienţilor? Cât de frecvente sunt internările în spital pe anumite categorii de boli cardiace? şi Cum variază frecvenţa acestora în funcţie de gen, vârstă şi data internării (ora, ziua şi luna internării)*? Pentru a răspunde la aceste întrebări, cercetarea îşi propune ca obiective identificarea caracteristicilor sociale asociate fenomenului internării în spital a pacienţilor cu boli cardiace, aşa cum reies din datele înscrise în documentele formale ale spitalului; explorarea frecvenţei cu care apar aceste caracteristici; identificarea frecvenţei internărilor prin boli coronariene, hipertensiune arterială, aritmii cardiace, insuficienţă cardiacă congestivă în funcţie de gen, vârstă şi data internării (ora, ziua şi luna internării); identificarea unor asocieri între fenomenul internării în spital prin boli cardiace şi caracteristicile sociale ale bolii cardiace; identificarea unor explicaţii teoretice care să sprijine analizarea fenomenul internării prin boli cardiace în spital. Vor fi realizate comparaţii între grupuri variate, va fi evaluată situaţia factorilor sociali asociaţi internării prin boli cardiace şi se vor face comparaţii cu studii şi teorii existente în literatura din domeniu. Referitor la dimensiunea timp, se vor realiza comparaţii în timp (la ore, zile, luni diferite) pentru a observa dacă apar anumite modificări în fenomenul îmbolnăvirii prin boli cardiace asociate momentului apariţiei sale, pe parcursul unui an. Ulterior se vor realiza comparaţii între anumite grupuri (de vârsta, de gen, de diagnostic) în trei momente temporale ale datei internării: intervalul orar, ziua şi luna internării.

7.2. Metodologia cercetării: eşantionare, proceduri

Pentru a răspunde la întrebările cercetării au fost culese date privind vârsta, diagnosticul, genul şi data internării (ora, ziua şi luna internării) asociate

pacienţilor internaţi cu boli cardiace în spital în perioada iulie 2005- iulie 2006. Datele au fost culese din registrele de internare în spital, aşa cum au fost ele înregistrate de personalul calificat al spitalului. Populaţia selectată pentru studiu a fost reprezentată de pacienţii internaţi în unitatea de supraveghere a coronarienilor (USC) a Departamentului de Cardiologie dintr-un spital din Bucureşti, în perioada iulie 2005-iulie 2006. Selecţia spitalului s-a făcut pe baza indicatorilor de performanţă şi a indicatorilor ce arată o rată ridicată a internărilor prin boli cardiace, comparativ cu alte spitale din Bucureşti.

Culegerea datelor s-a realizat prin metoda analizei de documente ce cuprindeau date privind aspectele sociale ale bolii cardiace la internarea în spital. Alegerea perioadei de 1 an a fost determinată de obiectivul analizei anumitor variabile temporale asociate bolilor cardiace: luna internării, ziua săptămânii şi ora internării. Au mai fost culese date privind vârsta, genul, diagnosticul de internare divizat în diagnostic principal (primul diagnostic) şi diagnostic secundar (al 2-lea, al 3-lea etc.). Datele culese au fost introduse într-o bază de date, codificate şi prelucrate cu ajutorul programului de analize statistice SPSS. Datele au fost definite, codificate, regrupate pentru a realiza analiza distribuţiei caracteristicilor care m-au interesat pentru populaţia aleasă pentru care au existat date cu privire la aspectele sociale asociate bolilor cardiace. Diagnosticele principale şi secundare au fost grupate ţinând cont de Clasificarea internaţională a Bolilor (International Clasiffication of Disease- ICD9), codare ce a stat la baza realizării categoriilor statistice stabilite de OMS. Astfel, diagnosticele au fost distribuite în interiorul a 5 categorii: bolile ischemice ale inimii sau bolile coronariene (infarctul de miocard, angina pectorală şi alte boli ischemice ale inimii), hipertensiunea arterială, aritmiile cardiace, insuficienţa cardiacă congestivă şi alte afecţiuni cardiace (pericardite, miocardite, endocardite, boli valvulare, cardiomiopatie etc).

7. 3. Analiza datelor

Analiza datelor s-a realizat cu ajutorul programului de analize statistice SPSS ce conţine proceduri ce au permis analiza univariată şi bivariată a caracteristicilor sociale şi biologice ale populaţiei pacienţilor selectaţi.

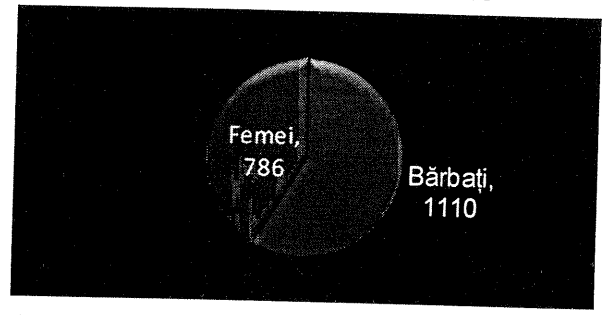
Variabilele analizate au fost următoarele: numărul de pacienţi internaţi cu anumite categorii de boli cardiace (HTA, IMA şi alte boli ischemice, aritmii cardiace, insuficienţa cardiacă cronică şi altele ca diagnostic principal) în funcţie de gen, vârstă, ora internării, ziua internării, luna internării. Lunile au fost stabilite ca luând valori de la 1 la 12, din ianuarie până în decembrie. Au fost realizate tabele cu distribuţia de frecvenţe relative şi/sau absolute ale următoarelor caracteristici: diagnosticul principal de internare, genul, vârsta, ora internării, ziua internării şi luna internării. În acelaşi timp, a fost realizată o analiză secundară a

studiilor publicate ce au raportat pattern-uri zilnice, săptămânale sau lunare ale incidenței bolilor cardiace și am analizat comparativ rezultatele acestor studii cu rezultatele studiului de față.

7.4. Rezultate și concluzii

În urma analizei datelor înregistrate în documentele oficiale ale spitalului, s-a constatat că, în perioada iulie 2005-iulie 2006, în secția USC au fost internați 1896 de pacienți ((58%) bărbați și (42%) femei), cu vârste cuprinse între 6 și 98 de ani, cu o medie de vârstă de 64 de ani (vezi Figura 18).

Figura 18. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în spital** (USC), **în perioada iulie 2005-iulie 2006**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

În același timp, se remarcă o incidență mai mare a bolilor cardiace în rândul bărbaților la toate categoriile de diagnostic, comparativ cu incidența bolii cardiace în rândul femeilor (vezi Tabelul 10). O explicație teoretică ar fi aceea care sugerează existența ca posibili factori etiologici în rândul bărbaților a factorilor de risc precum fumatul, stresul, sedentarismul, alimentația necorespunzătoare ce ar putea determina o incidență mai mare a bolilor cardiace în rândul acestora. În același timp, s-a demonstrat că femeile, în cazul apariției unei boli cardiace, amână, în general, consultarea unui medic, dar și că, până la menopauză femeile sunt protejate de hormonii estrogeni în fața riscului de a face o boală cardiacă.

Tabelul 10. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de diagnosticul principal și de gen**

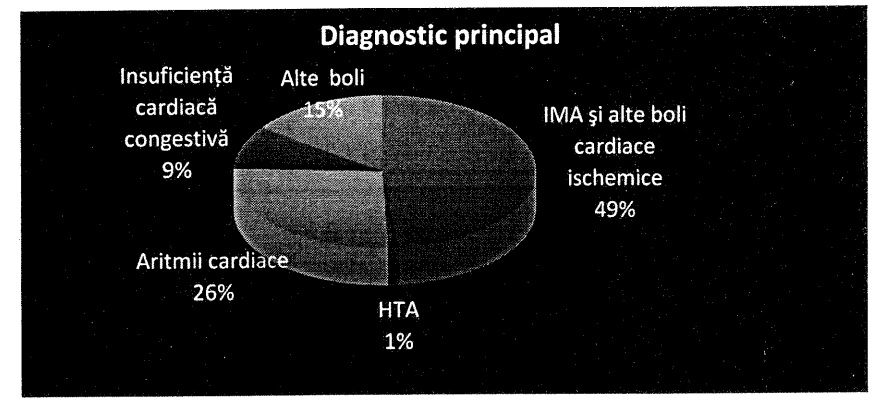
Gen	Diagnostic principal (1) de internare					TOTAL
	IMA și alte boli ischemice	HTA	Aritmii cardiace	Insuficiența cardiacă congestivă	Alte boli cardiace	
Masculin	590	11	263	101	145	1110
Feminin	329	10	233	75	139	786
Total	919	21	496	176	284	1896

***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

Luând drept criteriu diagnosticul principal de internare, s-a constatat că, în perioada analizată, s-a înregistrat o incidență crescută a IMA și a altor boli ischemice (boala cardiacă ischemică, angina pectorală etc.), 919 de pacienți (49%) fiind internați cu acest diagnostic (64% bărbați și 36% femei). Așadar, IMA sau alte boli cardiace ischemice reprezintă diagnosticul principal cu care se internează cei mai mulți pacienți cu boli cardiace în spital (49%), în timp ce 18% dintre pacienți se internează cu IMA sau alte boli cardiace ischemice ca diagnostic secundar. Așadar, aproape jumătate din totalul internărilor este reprezentată de bolnavi coronarieni, confirmând și la nivel organizațional datele sugerate de indicatorii care măsoară morbiditatea și mortalitatea la niveluri mai înalte (național sau internațional), indicatori conform cărora bolile coronariene reprezintă principala cauză a mortalității și morbidității în rândul populației.

Nu este de neglijat nici procentul de 26% înregistrat în cazul incidenței aritmiilor cardiace ca diagnostic principal în rândul pacienților cardiaci (vezi Figura 19).

Figura 19. **Ponderea pacienților internați cu boli cardiace, în funcție de diagnosticul principal de internare**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

În același timp, se poate constata că HTA este o afecțiune prezentă în proporție redusă ca diagnostic principal în rândul pacienților care se internează în spital. În schimb, ea apare ca fiind diagnosticul secundar cel mai întâlnit în rândul pacienților cardiaci (la 30% dintre pacienți), ceea ce sugerează rolul de factor de risc pe care aceasta îl are în declanșarea sau complicarea anumitor afecțiuni cardiace. 18% dintre pacienții internați în spital au ca diagnostic secundar o boală coronariană, ceea ce poate sugera că internarea în spital a fost precipitată de complicații sau reacutizări ale acestei afecțiuni cronice. Și aritmiile cardiace apar într-o pondere ridicată (22%) ca diagnostic secundar în rândul pacienților cardiaci.

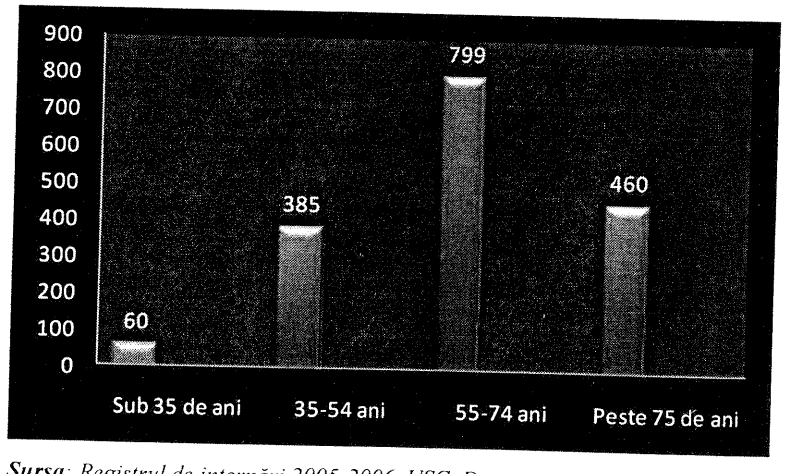
Analizând relația dintre diagnosticul secundar şi genul pacienților internați, se poate constata numărul mai mare al afecțiunilor secundare în rândul bărbaților, comparativ cu femeile. Totuşi, comparativ cu diagnosticul principal de internare prezent la bărbați într-un număr mai mare (1110) comparativ cu femeile (786), în ceea ce priveşte diagnosticul secundar, diferențele între genuri se estompează (314 bărbați şi 286 de femei).

Valorile înregistrate de HTA ca diagnostic secundar apar mai frecvent în rândul femeilor, ceea ce ilustrează un fapt confirmat şi de alte studii potrivit cărora numărul femeilor cu HTA este mai mare comparativ cu numărul bărbaților cu HTA.

Vârsta este un alt factor social de risc asociat incidenței îmbolnăvirilor prin boli cardiace. Se constată, astfel, că, odată cu înaintarea în vârstă, riscul de a face o boală cardiacă creşte (vezi Figura 20). Studiile publicate până în prezent confirmă faptul că aproape jumătate dintre toți pacienții cu boli coronariene au vârste de peste 65 de ani. Şi în prezenta analiză realizată în spital s-a putut constata că 74% dintre pacienții internați au peste 55 ani, în timp ce procentul celor cu vârste mai mici de 55 de ani care se internează în spital este de 26%.

Date publicate arată că cercetătorii au demonstrat că bărbații de 50 de ani au un risc de 5 ori mai mare de a face o boală cardiacă în comparație cu bărbații în vârstă de 40 de ani, în timp ce la bărbații cu vârste de peste 60 de ani acest risc creşte de 15 ori, iar la cei cu vârste de peste 70 de ani riscul de a muri prin boli coronariene este mai mare de 40 de ori.

Figura 20. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de vârstă**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din Bucureşti*

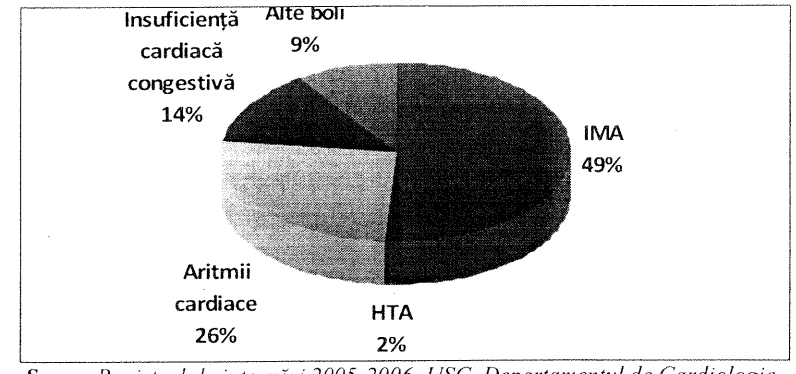
În studiul de față întâlnim acelaşi model. Astfel, numărul cel mai mare de internări prin boli cardiace se înregistrează în rândul bolnavilor cu vârste peste 75

de ani (480), urmați de cei cu vârste cuprinse între 65 şi 74 de ani (441), cei cu vârste cuprinse între 55 şi 64 de ani (358), cei cu vârste cuprinse între 45 şi 54 de ani (275), cei cu vârste cuprinse între 34 şi 44 de ani (110), cei cu vârste cuprinse între 25 şi 34 de ani (43) şi cei cu vârste sub 24 de ani (17).

Încercând să asociem diagnosticul principal şi vârsta se remarcă faptul că diagnosticul principal de internare la tinerii sub 24 de ani este boala coronariană şi aritmiile cardiace, în timp ce la tinerii cu vârste între 25 şi 34 de ani, diagnosticul principal este boala coronariană, dar şi aritmiile cardiace sau insuficiența cardiacă congestivă. De altfel, boala coronariană este diagnosticul cu cele mai multe internări la toate categoriile de vârstă. Acelaşi raport (1-boli coronariene; 2-aritmii cardiace; 3-alte boli cardiace) se păstrează la toate vârstele. Cu toate acestea, femeile dezvoltă boli coronariene la o vârstă mai mare cu aproximativ 10 ani comparativ cu bărbații. Aceasta se presupune că se întâmplă datorită naturii cardioprotectoare a hormonilor estrogeni secretați înainte de menopauză.

Deşi IMA sau alte boli cardiace ischemice este diagnosticul cu cele mai multe internări, la toate categoriile de vârstă, se constată faptul că IMA este diagnosticul care afectează, detaşat, cele mai multe persoane cuprinse în categoria de vârstă 0-44 de ani (84), comparativ cu alte afecțiuni cardiace pentru care pacienții din această categorie de vârstă se internează în spital (3-HTA, 44-aritmii cardiace, 23-ICC, 16-alte boli) (vezi Figura 21).

Figura 21. **Numărul de pacienți internați cu IMA sau alte boli cardiace, comparativ cu cei internați cu alte categorii de diagnostic, la categoria de vârstă 0-44 ani**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din Bucureşti*

Comparând internările prin IMA sau alte boli cardiace ischemice în funcție de gen, putem constata discrepanța covârşitoare între numărul pacienților bărbați sub 55 de ani, internați cu IMA sau alte boli cardiace ischemice (211) şi acela al pacientelor sub 55 de ani internate cu acelaşi tip de afecțiuni (55) (vezi Tabelul 11). Aşadar, sub vârsta de 55 de ani raportul internărilor prin IMA sau alte boli cardiace ischemice la bărbați, comparativ cu femeile este de 4:1.

Tabelul 11. **Numărul de pacienți internați cu boli IMA și alte boli ischemice (diagnostic principal și secundar) în funcție de gen și vârstă**

Apartenența la gen	Categorii de vârstă						
	Sub 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Peste 74
Masculin	5	10	65	131	135	137	121
Feminin	1	5	5	44	81	97	119

***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

După vârsta de 55 de ani raportul internărilor prin IMA sau alte boli cardiace ischemice la bărbați, comparativ cu femeile, se modifică drastic, el apropiindu-se de 1:1 (393 de internări în cazul bărbaților și 297 în cazul femeilor). De remarcat este faptul că după vârsta de 75 de ani, nu mai există nicio diferență legată de gen în ceea ce privește numărul de internări prin IMA sau alte boli cardiace ischemice.

Făcând referire la genul pacienților care se internează cu HTA, se remarcă o pondere mai mare a diagnosticului de HTA în rândul femeilor (112) comparativ cu bărbații (90). Se confirmă și cu această cercetare trendul de la nivel internațional, conform căruia HTA este o afecțiune care afectează într-o proporție mai mare femeile, comparativ cu bărbații. În cercetarea de față, numărul femeilor care se internează prin HTA crește la femeile de peste 65 de ani, acesta dublându-se la femeile de peste 75 de ani.

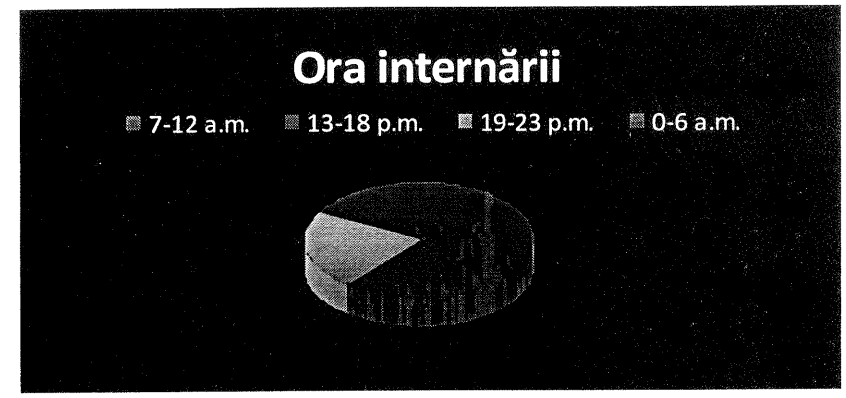
În continuare au fost analizate variabile asociate contextului temporal în care debutează boala cardiacă și în care pacientul ia decizia de a se interna în spital. Debutul bolii în context temporal sau asociat ritmului circadian individual este un alt factor intens studiat în asociere cu boala cardiacă. Cercetătorii subliniază faptul că, deși nu este distribuită în funcție de timp, apariția evenimentelor cardiovasculare se face conform anumitor modele temporale care variază în funcție de ora, ziua săptămânii și luna anului (Boari et al., 2006).

La o varietate de afecțiuni cardiace, incluzând aici aritmiile cardiace, HTA, episoadele de angină instabilă și IMA au fost observate modele circadiene. Predominanța acestor evenimente la orele dimineții a fost bine documentată într-un număr mare de studii realizate în populația generală. În Figura 22 se poate observa procentul internărilor prin boli cardiace în funcție de intervalul orar în care se fac aceste internări. Astfel, se poate observa că numărul cel mai mare număr de internări ale pacienților cu boli cardiace se înregistrează în intervalul orar 13-18 p.m. (673), urmat de intervalul 7-12 a.m. (526) și intervalul 19-23 p.m. (434). Cele mai puține internări prin boli cardiace se înregistrează în intervalul 0-6 a.m. (342).

Deseori indivizii pot interpreta greșit simptomele cardiace, un număr mare dintre pacienții ajunși la camera de gardă a Departamentului de Cardiologie neavând dureri cardiace, ci unele datorate probabil anxietății și altor tulburări

emoționale. Faptul că oamenii interpretează deseori greșit simptomele, indică importanța factorilor psihosociali în identificarea, recunoașterea și exprimarea simptomelor asociate îmbolnăvirii prin boli cardiace.

Figura 22. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ora internării**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

Deși cele mai multe studii indică faptul că procentul cel mai mare de îmbolnăviri cardiace este în intervalul 7-12 a.m., în studiul de față acest interval este decalat cu 6 ore (în intervalul 13-18 p.m.). Această decalare poate fi cauzată de faptul că românii, în general, amână solicitarea ajutorului din partea medicilor, punând diversele simptome ce indică posibile boli cardiace pe seama unor afecțiuni ușoare, trecătoare și ignorând gravitatea amânării solicitării ajutorului și a eficienței internării timpurii în spital. O reacție rapidă din partea pacientului asociată solicitării timpurii a ajutorului medical poate asigura un tratament mai eficient și efecte mai benefice pentru pacient. Astfel, amânarea apelării la ajutorul medical duce perioada cu cele mai multe internări prin boli cardiace către orele amiezii, deși cele mai multe boli se declanșează la orele dimineții.

În aceeași măsură, mulți pacienți care experimentează un IMA nu recunosc simptomele ca fiind specifice unui IMA și amână apelarea la ajutor. În 1992, Birkhead afirma că în Marea Britanie timpul scurs între apariția primelor simptome cardiace și sosirea la spital sau timpul de amânare a solicitării ajutorului era de 3-4 ore (Alder et al., 2004). Dată fiind importanța administrării în cazul IMA a unui tratament trombolitic timpuriu, o asemenea amânare poate determina în mod decisiv tratarea și chiar supraviețuirea pacientului. Analizând contextul temporal asociat ritmului circadian de apariție a IMA, se remarcă faptul că cei mai mulți pacienți cu IMA s-au internat în intervalul 13-18 p.m., considerat de cercetători al doilea mare vârf al incidenței IMA, alături de intervalul 7-12 a.m. Cele două vârfuri ale incidenței IMA așa cum au fost identificate de cercetători, se respectă și în cercetarea de față, între orele 13-18 p.m., înregistrându-se 310 de

internări, în timp ce în intervalul 7-12 a.m. s-au înregistrat 260 de internări. Cele mai puține internări cu IMA s-au înregistrat în intervalul orar 0-6 a.m., atunci când, din cauza somnului, presiunea arterială scade, micşorând riscul declanşării unui atac cardiac. Explicația dată de specialişti cu privire la creşterea rapidă a incidenței IMA după ora 7 a.m. se referă la momentul trezirii, a realizării activităților obişnuite de dimineață care, de obicei, solicită organismului schimbări necesare adaptării la starea de veghe (vezi Tabelul 12).

Tabelul 12. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ora internării**

Ora de internare	Diagnosticul principal (1) de internare					TOTAL
	IMA şi alte boli ischemice	HTA	Aritmii cardiace	Insuficiența cardiacă congestivă	Alte boli cardiace	
7.00- 12.00 a.m.	260	6	144	41	75	526
13.00- 18.00 p.m	310	6	142	142	73	673
19.00- 23.00 p.m	200	3	134	34	63	434
0.00-6.00 a.m.	149	6	76	38	73	342

Sursa: *Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din Bucureşti*

În studiul de față remarcăm faptul că cele mai multe internări în spital ale pacienților cu aritmii cardiace şi cu HTA sunt realizate în intervalul 7-12 a.m.

Analizând genul pacienților care se internează în spital şi intervalul orar în care aceştia se adresează serviciilor medicale, se constată că bărbații se adresează mai des serviciilor medicale în intervalul 13-18 p.m.(310) şi mai rar în intervalul 0-6 a.m. (166). Aceleaşi intervale se păstrează şi în cazul femeilor, acestea internându-se în spital mai des în intervalul 13-18 p.m. (211) şi mai rar în intervalul orar 0-6 a.m.(103). Luând în considerare variabila diagnostic, se poate observa că acest model circadian se schimbă în situația HTA şi a aritmiilor cardiace. Analizând contextul temporal asociat ritmului circadian de apariție a HTA, se observă că cei mai mulți pacienți cu HTA (diagnostic principal sau secundar) se internează în intervalul orar 7-12 a.m. (55 cazuri), iar cei mai puțini în intervalul 0-6 a.m. (41 de cazuri). Din analiza realizată în urma asocierii acutizării HTA cu intervalul orar, rezultă că nu există diferențe marcante între numărul pacienților care au HTA şi care se internează în spital în diferite intervale orare, proporția acestora făcându-se oarecum egal pe parcursul tuturor acestor intervale. Cele mai puține internări cu HTA, ca şi la IMA, s-au înregistrat în intervalul orar 0-6 a.m., atunci când, din cauza somnului, presiunea arterială scade, micşorând riscul declanşării unui episod acut. Explicația dată de specialişti cu privire la creşterea rapidă a presiunii arteriale după ora 7 a.m. se referă la momentul trezirii, a realizării activităților obişnuite de dimineață care, de obicei, solicită organismului schimbări necesare adaptării la o nouă stare.

În cazul aritmiilor cardiace, cel mai solicitat interval pentru internările cu aceste afecțiuni este cel cuprins între 7-12 a.m. (144), urmat de 13-18 p.m.(142) şi 19-23 p.m.(134).

Analizând tabelul 13 pot fi remarcate variații ale ritmului circadian ce se înregistrează după vârsta de 45 de ani, în timp ce la pacienții cu vârste sub 45 de ani nu se înregistrează un ritm circadian al îmbolnăvirii. Se poate observa că la toate categoriile de vârstă, mai puțin la pacienții cu vârste cuprinse între 45-54 ani, intervalul orar în care se înregistrează cele mai multe internări este 13-18 p.m, urmat de 7-12 a.m., cele mai puține internări înregistrându-se în intervalul orar 0-6 a.m. Există o singură excepție de la această regulă, şi anume, pacienții între 45 şi 54 de ani înregistrează cel mai mare număr de internări în intervalul 7-12 a.m., urmat de intervalul 13-18 p.m.

Tabelul 13. **Variații ale ritmului circadian al îmbolnăvirii, după ora internării în spital, şi după categorii de vârstă**

Grupa de vârstă	Interval orar			
	0-6 a.m.	7-12 a.m.	13-18 p.m.	19-23 p.m.
Sub 24 de ani	2	4	4	7
25-34 ani	6	8	19	10
35-44 ani	17	29	38	26
45-54 ani	45	85	76	69
55-64 ani	62	95	117	84
65-74 ani	80	120	144	97
Peste 75 ani	102	132	149	97

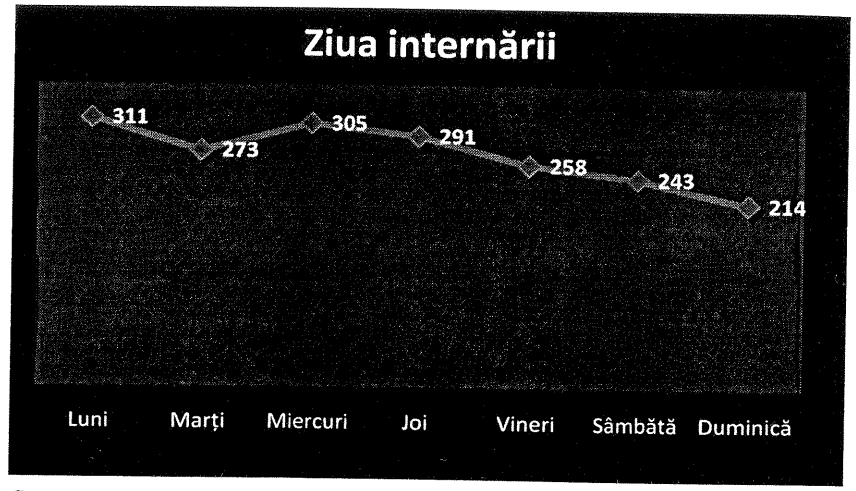
Sursa: *Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din Bucureşti*

În continuare vor fi prezentate rezultatele analizei datelor ce privesc asocierea bolii cardiace cu ziua internării, o altă componentă a datei internării. Date publicate în urma unor cercetări ştiințifice au arătat existența unui vârf al incidenței evenimentelor cardiovasculare în zilele de luni comparativ cu celelalte zile ale săptămânii, independent de gen şi de vârstă. Aceste date sunt confirmate empiric şi de rezultatele cercetării de față, conform cărora ziua de luni este ziua în care se înregistrează cele mai multe internări prin boli cardiace (311), urmată de ziua de miercuri (305). Zilele în care se înregistrează cel mai mic număr de internări în spital sunt zilele de duminică (214) şi de sâmbătă (243) (vezi Figura 23).

Făcând o analiză pe subgrupuri de diagnostic, se constată că cele mai multe internări din zilele de luni sunt ale pacienților cu IMA şi alte boli ischemice (163), a celor cu ICC (32) sau alte boli cardiace (48), în timp ce pacienții cu HTA înregistrează cel mai mare număr de internări în zilele de miercuri (7), iar cei cu aritmii cardiace în zilele de joi (102) (vezi Tabelul 14). Aşadar, în urma asocierii diagnosticului de IMA şi alte boli cardiace ischemice cu ziua internării, se poate

constata faptul că pacienții cu astfel de afecțiuni se internează în numărul cel mare în zilele de luni (163) și miercuri (152), în timp ce numărul cel mai mic de internări cu diagnosticul de IMA și alte boli cardiace ischemice s-a înregistrat în zilele de sâmbătă (117) și duminică (104).

Figura 23. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ziua internării**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

Tabelul 14. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de ziua internării**

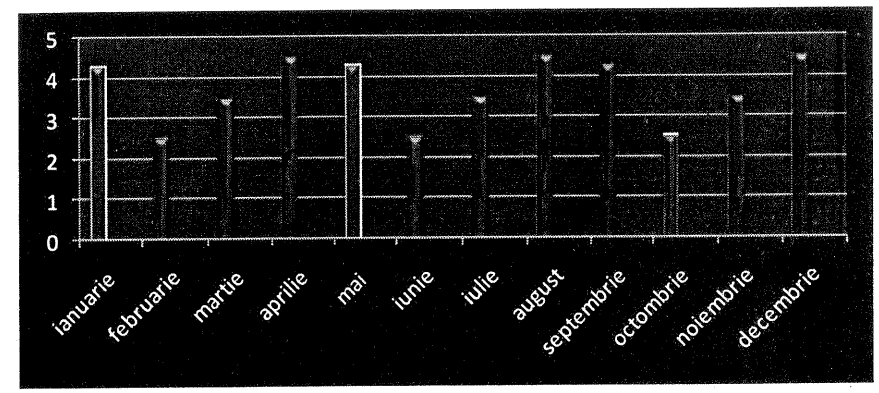
Ziua internării	Diagnosticul de internare					TOTAL
	IMA și alte boli ischemice	HTA	Aritmii cardiace	Insuficiența cardiacă congestivă	Alte boli cardiace	
Luni	163	4	64	32	48	311
Marți	132	2	68	27	44	273
Miercuri	152	7	77	30	39	305
Joi	133	1	102	24	32	291
Vineri	118	4	70	22	44	258
Sâmbătă	117	1	55	25	45	243
Duminică	104	2	60	16	32	214

***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

În ceea ce privește asocierea zilei internării cu diagnosticul de HTA, se remarcă faptul că pacienții care au această afecțiune ca diagnostic principal se internează în numărul cel mai mare în zilele de miercuri (7), în timp ce numărul cel mai mic de internări cu HTA se înregistrează în zilele de luni (4) și vineri (4). Ca diagnostic secundar, și, deci, ca posibil factor de risc declanșator al

diagnosticului principal, se constată că cei mai mulți pacienți cu HTA se internează în zilele de luni (39) și sâmbătă (29), în timp ce mai puține internări ale pacienților cu HTA se fac în zilele de joi (21) și duminică (23).

Figura 24. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de luna internării**



***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

O altă componentă a datei internării asociată diagnosticului de internare în analiza prezentă este cea referitoare la luna internării sau la anotimpul în care apare îmbolnăvirea prin boală cardiacă. În Figura 24 se poate observa care este numărul pacienților care se internează prin boli cardiace în fiecare lună a anului, constatându-se că există vârfuri de internări în lunile aprilie și decembrie, comparativ cu lunile octombrie sau iunie, luni în care numărul de internări prin boli cardiace este mai redus.

Așadar, există variații sezoniere în dezvoltarea bolilor cardiace. Deși temperaturile joase pot juca un rol în declanșarea bolilor cardiace, există și alți factori (cum ar fi, de exemplu, stresul produs de vacanțe) care pot contribui la excesul internărilor în aceste momente de vârf. Așa se explică, probabil, numărul mare de internări din lunile decembrie și aprilie, luni în care au fost incluse sărbătorile de Paște, în perioada 22-26 aprilie 2006 și sărbătorile de Crăciun și Anul Nou, în perioada 22 decembrie 2005 - 5 ianuarie 2006. Un număr crescut de internări a fost înregistrat în luna decembrie, înregistrându-se un vârf în jurul datei de 1 ianuarie când au fost semnalate aproximativ 8 internări pe zi. Ulterior, după prima săptămână a noului an, s-a înregistrându-se un declin al numărului de internări.

Analizând subgrupele de diagnostic în relație cu anotimpul, constatăm că cele mai multe boli coronariene se înregistrează primăvara, iar cele mai puține vara, în timp ce HTA apare mai des toamna și iarna și cel mai puțin vara. În schimb, vara întâlnim cele mai multe aritmii cardiace, iar iarna cele mai puține.

De asemenea, iarna se înregistrează cele mai multe internări cu ICC, în timp ce primăvara aceste internări sunt mai puține (vezi Tabelul 15).

Se remarcă faptul că nu există diferențe de gen în ceea ce privește luna internării în spital, atât bărbații, cât și femeile cu boli coronariene internându-se în spital, în special, primăvara și toamna.

Tabelul 15. **Numărul de pacienți internați cu boli cardiace în funcție de gen și anotimpul internării**

Diagnostic	Apartenența la gen	Anotimpul internării			
		Iarna	Primăvara	Vara	Toamna
Boli coronariene	Masculin	133	172	137	148
	Feminin	75	105	68	81
HTA	Masculin	4	2	2	3
	Feminin	2	3	2	3
Aritmii cardiace	Masculin	58	71	72	62
	Feminin	47	60	63	63
ICC	Masculin	29	19	26	27
	Feminin	26	16	14	19

***Sursa**: Registrul de internări 2005-2006, USC, Departamentul de Cardiologie, Spitalul X din București*

Așadar, cercetarea de față prezintă distribuțiile numărului pacienților cu boli cardiace care se internează în spital, în funcție de ora, ziua săptămânii și anotimp, precum și asocierile acestora cu vârsta și genul pacienților ce au fost analizate într-o populație definită organizațional, formată din pacienți internați în Unitatea de Supraveghere a Coronarienilor, din cadrul Departamentului de Cardiologie a unui spital din București, în perioada iulie 2005-iulie 2006.

În concluzie, analiza realizată la nivel internațional și național a fost completată, ulterior, de o analiză realizată la nivel organizațional (la nivel de spital), o cercetare cantitativă ce și-a propus identificarea unor factori sociali (vârsta, genul, ora, ziua și luna internării în spital) asociați bolii cardiace (diagnostic principal și diagnostic secundar), utilizând, ca sursă primară de date, registrele de internare ale spitalului. Eșantionul selectat pentru culegerea datelor a cuprins 1896 de pacienți internați în Unitatea de Supraveghere a Coronarienilor (USC) din secția de Cardiologie a unui spital din București, spital selectat datorită adresabilității foarte mari și au fost analizate date cuprinse în registrele de internări referitoare la pacienții internați în perioada iulie 2005-iulie 2006.

Capitolul 8

Procesul stresului social asociat evoluției bolii cardiace la pacienții internați în spital

Conform teoriei sociologului Leonard Pearlin elaborată în 1989, componentele procesului stresului au fost recunoscute ca fiind stresorii, mediatorii stresului și rezultatele sau efectele stresului (Pearlin,1998). Există suficiente date care arată că acest proces, precum și componentele sale sunt influențate de structurile sociale în care indivizii sunt înrădăcinați (vezi anexa 5). Într-o mare măsură aceste structuri sociale generează stresorii la care oamenii sunt expuși, mediatorii pe care ei sunt capabili să îi mobilizeze, precum și maniera în care ei experimentează stresul. Stresorii includ condițiile psihologice și sociale de la locul de muncă și din alte domenii ale vieții (din familie, de exemplu) ce se pot transforma în stres. Deși, virtual, toți oamenii de știință ce sunt implicați în cercetarea stresului sunt interesați de stresori, ei se diferențiază considerabil prin modul în care conceptualizează stresorii și prin importanța pe care o acordă diferitelor tipuri de stresori. În ultimii ani, preocuparea generală a fost împărțită între *evenimentele de viață*, pe de o parte, și problemele de viață recurente și insuportabile de viață, uneori acestea referindu-se la *solicitările sau tensiunile cronice*, pe de altă parte (Pearlin,1998).

Un alt sociolog, Peggy A. Thoits, vede stresul ca fiind ansamblul de solicitări ambientale, sociale sau interne ce solicită individului să-și readapteze modelul său comportamental obișnuit. Resursele de coping (*caracteristici personale și sociale la care apelează oamenii atunci când se confruntă cu stresori*) și strategiile de coping (*încercările comportamentale și/sau cognitive de a gestiona solicitări situaționale specifice care sunt apreciate ca suprasolicitante sau ca depășind abilitatea cuiva de a se adapta*) constituie procese ce intervin între stresori și reacțiile la solicitările stresante (Thoits, 1998). Thoits sugerează că mecanismul prin care resursele, cum ar fi controlul personal și suportul social perceput, operează pentru a promova bunăstarea, este puțin înțeles, solicită cercetări suplimentare, și recomandă realizarea unor cercetări care să evalueze interacțiunea dintre resursele personale, constrângerile structurale și flexibilitatea ca stil eficient de adaptare. Autorul observă că suportul social (sentimentul că ești iubit și apreciat de ceilalți semnificativi) a fost atent observat de sociologii din domeniul medical. Oricum, determinanții căutării sau primirii suportului emoțional perceput și eficacitatea suportului solicitat sau nesolicitat rămân

nerezolvate. Progresul în cunoaştere s-a oprit, în opinia lui Thoits, la studierea relaţiei dintre dimensiunile structurală şi funcţională ale suportului, distribuţia percepută a suportului şi influenţa reciprocă dintre suport şi resursele personalităţii. El sugerează că studiul stresului necesită o abordare nouă, care să implice tehnici metodologice cum ar fi analize calitative comparative şi analize narative. Mai mult, o muncă susţinută, în mod special în domeniul suportului social este imperativă pentru dezvoltarea eficientă a prevenţiei primare şi a proiectelor de promovare a sănătăţii (Thoits, 1998).

Care este percepţia pacienţilor cu boli cardiace internaţi în spital cu privire la componentele stresului social prezente în ceea ce reprezintă experienţa lor cu privire la îmbolnăvire, care sunt dimensiunile riscului psihosocial asociat bolii cardiace, cum pot fi măsurate acestea şi care sunt aspectele biopsihosociale asociate riscului psihosocial înalt la pacienţii cardiaci din spital sunt întrebări la care urmează să răspundă cercetarea prezentă.

8.1. Obiectivele cercetării

Obiectivele generale ale cercetării privind elementele procesului stresului şi aspecte ale contextului îmbolnăvirii prin boli cardiace sunt acelea de a identifica percepţia pacienţilor cardiaci cu privire la influenţa pe care anumite elemente ale stresului social au avut-o asupra stării lor de sănătate, aşa cum au fost acestea descrise de teoriile lui Pearlin şi ale lui Thoits, de a defini şi măsura incidenţa şi severitatea riscului psihosocial la pacienţii cu boli cardiace internaţi în spital şi de a explora şi descrie contextul experimentării riscului psihosocial înalt de către pacienţii cardiaci internaţi în spital.

Obiectivele specifice au vizat identificarea, adaptarea şi/sau elaborarea unor instrumente de măsurare a elementelor stresului social (stresori, mediatori ai stresului şi efectele stresului) selectate; identificarea percepţiei pacienţilor cu privire la componentele procesului stresului social; descrierea dimensiunilor riscului psihosocial la pacienţii cardiaci internaţi în spital şi explorarea naturii acestui risc în rândul pacienţilor cardiaci; evaluarea prin acordarea de puncte fiecărei dimensiuni a riscului psihosocial identificate şi calcularea scorului privind riscul psihosocial înregistrat de pacienţii intervievaţi; realizarea unei ierarhii a pacienţilor cardiaci intervievaţi în funcţie de scorul înregistrat în urma evaluării riscului psihosocial; selectarea primilor 11 pacienţi care au înregistrat scorurile cele mai ridicate în urma evaluării riscului psihosocial; explorarea, descrierea şi analizarea în profunzime a aspectelor biopsihosociale asociate bolii cardiace la cei 11 pacienţi cu risc psihosocial înalt selectaţi din rândul pacienţilor intervievaţi; identificarea unor instrumente utilizate în activitatea clinică şi reprezentarea grafică a aspectelor biopsihosociale asociate bolii cardiace la cei 11 pacienţi cu risc psihosocial înalt selectaţi pentru analiză.

8.2. Metodologia cercetării: eşantionare, proceduri, instrumente

În scopul realizării ghidului de interviu structurat care să măsoare anumite componente ale stresului social (stresori, mediatori, efecte) şi pentru întocmirea şi evaluarea dimensiunilor riscului psihosocial de evaluat, am selectat şi adaptat şi anumite scale aplicate deja în alte studii ştiinţifice. Astfel, pentru evaluarea anumitor dimensiuni (stresorii personali şi sociali, localizarea controlului, suportul social structural şi cel funcţional, depresia şi anxietatea ca efecte ale îmbolnăvirii) am apelat la o serie de scale pe care le-am adaptat la specificul temporal şi spaţial al contextului îmbolnăvirii prin boli cardiace. Scalele selectate pentru a-mi furniza modalităţi structurate de măsurare a anumitor dimensiuni au fost: *The Social Readjustment Rating scale* (SRRS) elaborată de Holmes şi Rahe, *Social Network Index* (SNI) elaborată de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi, *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) elaborată, de asemenea, de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi, *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC) elaborată de Wallston, Stein şi Smith şi *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) elaborată de Zigmond şi Snaith. În continuare vor fi descrise aceste scale în contextul cercetării prezente.

The Social Readjustment Rating Scale (SRRS) realizată de Holmes şi Rahe şi publicată, în 1967, în Journal of Psychosomatic Research îşi propune să evalueze relaţia dintre stresori, readaptarea socială şi susceptibilitatea unei persoane de a se îmbolnăvi. Scala conţine 43 de itemi, evenimente stresante cotate cu puncte de la 100 (moartea soţiei/soţului) la 11 (abateri minore de la lege), evenimente pozitive sau negative ce pot afecta comportamentele şi resursele unei persoane, topul celor mai stresante 10 evenimente de viaţă fiind, în ordine descrescătoare a impactului, următoarele: moartea soţului/soţiei, divorţul, separarea maritală, întemniţarea, moartea unui membru apropiat al familiei, îmbolnăvirea, căsătoria, concedierea, împăcarea maritală şi pensionarea. Fiecare item al scalei desemnează un eveniment de viaţă ce determină un anumit tip de schimbare, scala propunându-şi să evalueze adaptarea la schimbările generate de evenimente de viaţă obişnuite, respondenţii indicând apariţia recentă (în ultimele 12 luni, de exemplu) a unui eveniment la care au fost nevoiţi să se adapteze. Valorile asociate itemilor încercuiţi sunt apoi însumate pentru a stabili scorul final ce indică nivelul de stres la care se află o persoană. De exemplu, cineva care a experimentat în ultimul an pierderea cuiva drag se presupune că suferă mai mult decât altcineva care s-a căsătorit sau cineva care a fost concediat în ultimul an. Realizatorii scalei afirmă că scorul stresului este, de obicei, relaţionat cu starea de bună-dispoziţie, îmbolnăvire, depresie sau alte efecte şi că evenimentele critice de viaţă, indiferent de calitatea lor (pozitive sau negative) stimulează schimbarea, care, la rândul ei, produce schimbări în organism (Thoits, 1983). Ei au găsit că o persoană care înregistrează, în timpul unei perioade de 1 an, un scor ridicat are un

risc de 50-80 % mai mare de a se îmbolnăvi comparativ cu celelalte persoane. De asemenea, Holmes şi colaboratorii săi şi-au sprijinit ipotezele pe faptul că o cantitate de adaptare cerută de evenimentele de viaţă este un factor cauzal în incidenţa îmbolnăvirii (Holmes şi Rahe, 1967). De exemplu, ei au descoperit că indivizii care experimentează mai mult de 300 de puncte ale "schimbării de viaţă" (obţinute prin totalizarea scorului pentru fiecare eveniment experimentat în decurs de un an) au fost de două ori mai predispuşi să se îmbolnăvească în următorul an, comparativ cu persoanele care au obţinut un scor de 200 de puncte. Similar, cu cât un scor total al "schimbării vieţii" este mai mare, cu atât mai severă urmează să fie boala (Holmes şi Rahe, 1967). Alţi cercetători au raportat rezultate conform cărora un număr mare de evenimente determină apariţia bolii, dar nu şi tipul acesteia (Rabkin şi Streuning, 1976) şi că scorurile privind schimbările la evenimente de viaţă sunt, de asemenea, corelate cu dezvoltarea unor tulburări psihiatrice, dispoziţie depresivă etc. (Dohrenwend şi Dohrenwend, 1974 cf. Linsky şi Straus, 1986).

În cercetarea prezentă această scală a fost adaptată la specificul îmbolnăvirii prin boală cardiacă şi a relaţiei acesteia cu stresorii personali şi sociali cu care s-au confruntat, în ultimul an, pacienţii cardiaci intervievaţi. Astfel, au fost evaluate 21 de evenimente posibil stresante pentru subiecţii din Romania de azi, iar pentru evaluarea gradului de risc psihosocial şi cel de stres am utilizat un sistem de punctaj asemănător celui utilizat de Holmes şi Rahe, prin acordarea unui scor pentru fiecare eveniment, cu deosebirea că anumite evenimente au fost eliminate sau înlocuite cu altele care se potrivesc mai bine specificului situaţiei din România (vezi tabelul 16). Au fost acordate puncte fiecărui tip de stresor ce a apărut în ultimul an în trei arii importante ale vieţii pacientului: zona personală, zona familiei şi zona profesională. În final, s-a calculat gradul de stres care a fost comparat cu o valoare standard, calculându-se şi riscul de îmbolnăvire.

Tabelul 16. **Ponderea stresorilor/situaţiilor ce solicită readaptare şi evaluarea prezenţei acestora în relaţie cu îmbolnăvirea prin boala cardiacă**
(adaptat după Holmes şi Rahe, 1967)

1. Zona personală

Accidentare sau îmbolnăvire	*53*
Schimbări în obiceiurile legate de somn sau alimentaţie	*15*
Schimbarea locuinţei	*20*
Probleme cu legea	*29*
Probleme financiare semnificative	*37*
Moartea unui prieten drag	*36*
Moştenirea unei averi	*30*

2. Zona familiei

Divorţ	*72*
Moartea unui membru al familiei apropiat	*63*
Situaţii conflictuale în familie	*35*
Plecarea fiului/fiicei de acasă	*29*
Moartea soţului (soţiei)	*100*
Căsătorie	*50*
Intrarea unui nou membru în familie	*39*
Separare de soţ (soţie)	*65*
Schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei	*44*

3. Zona profesională

Situaţii conflictuale la locul de muncă	*24*
Probleme cu şeful	*23*
Schimbări în responsabilităţile de la locul de muncă	*29*
Schimbarea locului de muncă	*38*
Schimbări legate de condiţiile sau orele de muncă	*20*

Semnificaţia scorului total calculat prin însumarea valorilor asociate stresorilor cu care s-au confruntat pacienţii în ultimul an a fost următoarea: nicio problemă semnificativă (0-70); stres uşor (80-120, 35% şanse de a se îmbolnăvi); stres moderat (121- 220, 50% şanse de a se îmbolnăvi); stres sever (peste 221, 80 % şanse de a se îmbolnăvi). În evaluarea riscului psihosocial, această dimensiune a fost evaluată astfel: 1 punct dacă înregistrează cel puţin 2 stresori în zona personală; 1 punct dacă înregistrează cel puţin 2 stresori în zona familială; 1 punct dacă înregistrează cel puţin 2 stresori în zona ocupaţională.

Social Network Index (SNI) sau scala reţelei sociale, analizată primordial în articolul „Social ties and susceptibility to the common cold" , apărut în 1997 în *Journal of the American Medical Association*, avându-i ca autori pe Cohen et al., evaluează gradul în care oamenii se întâlnesc şi comunică în cadrul anumitor grupuri, incluzând aici familia, prietenii sau vecinii. Această scală măsoară *diversitatea reţelei sociale* (numărul de roluri sociale în care este implicată o persoană, în mod obişnuit, cel puţin o dată la 2 săptămâni). Numărul maxim de roluri sociale în care se poate implica o persoană este, conform scalei lui Cohen, de 12 (rol de soţ/soţie, părinte, copil, ginere/noră, rudă apropiată, prieten apropiat, membru al bisericii, student, angajat, vecin, voluntar, membru al unui grup).

În cercetarea prezentă am adaptat această scală, selectând pentru evaluarea diversităţii reţelei sociale a pacienţilor intervievaţi un număr de 8 posibile roluri sociale în care se poate implica un pacient cardiac (rol de soţ/soţie, părinte, copil, ginere/noră, rudă apropiată, prieten apropiat, angajat şi vecin), celelalte roluri nefiind selectate din motive ce ţin de obiectivele cercetării. Adunarea punctelor s-

a făcut astfel: pentru fiecare din cele 8 roluri posibile, am punctat cu 0 p dacă pacientul nu deținea rolul respectiv și cu 1 dacă avea rolul respectiv. Numărul total de roluri în care e implicat pacientul este compus din punctajele însumate. Tabelul de mai jos arată care itemi ai scalei sunt utilizați la însumarea punctajelor și cum este punctat fiecare.

Rol	1 punct dacă...
soț/soție	*Este căsătorit*
părinte	*Are copii*
copil	*Are cel puțin un părinte în viață*
ginere/noră	*Are cel puțin un părinte al soțului/soției în viață*
rudă apropiată	*Are cel puțin o altă rudă apropiată*
prieten apropiat	*Are cel puțin un prieten apropiat*
vecin	*Are cel puțin un vecin apropiat*
angajat	*Are ocupație*

Numărul de membri din rețeaua socială a unei persoane, o altă dimensiune măsurată de SNI, reprezintă totalul persoanelor cu care pacientul intervievat se întâlnește în mod regulat (cel puțin o dată la 2 săptămâni). În scala lui Cohen pentru fiecare din cele 12 posibile roluri, se determină numărul de persoane cu care respondentul are frecvent relații. Numărul total de persoane din rețeaua socială este compus prin însumarea numărului de persoane cu care pacientul are relații din postura celor 12 roluri. În cercetarea prezentă, itemii utilizați pentru a calcula numărul total de persoane din rețeaua socială a pacientului intervievat au fost asociați celor 7 roluri selectate, calculându-se scorul pentru fiecare (rolul de angajat nu a fost analizat, perspectiva relațiilor frecvente cu ceilalți membrii ai echipei de lucru nefiind utile obiectivelor fixate).

Rol	Item/Scor
soț/soție	*1 p dacă este căsătorit , 0 p pentru alt item*
părinte	*nr de puncte egal cu numărul copiilor*
copil	*nr de puncte egal cu numărul părinților în viață (0,1,2)*
ginere/noră	*nr de puncte egal cu numărul părinților soțului/soției în viață (0,1,2)*
rudă apropiată	*nr de puncte egal cu numărul rudelor apropiate*
prieten apropiat	*nr de puncte egal cu numărul prietenilor apropiați*
vecin	*nr de puncte egal cu numărul vecinilor apropiați*

Numărul de rețele prestabilite în care respondentul e parte reflectă numărul rețelelor din diferite domenii în care respondentul este activ. Numărul maxim de astfel de rețele este de 8 conform scalei lui Cohen (familia, prietenii, biserica școala, echipa de muncă, vecinii, grupul de voluntariat, alte grupuri) și de

3 în scala utilizată în cercetarea prezentă (familia, prietenii, vecinii), acestea fiind selectate datorită oportunității ca toți pacienții intervievați să facă parte din aceste rețele. Așadar, scala prezentă a fost adaptată la necesitățile studiului, reținându-se pentru evaluare cele mai întâlnite surse informale de sprijin (familia, prietenii și vecinii). Pentru a primi 1 punct pentru un domeniu, un respondent trebuie să aibă cel puțin 4 persoane cu care să aibă relații în mod regulat (de exemplu, cel puțin odată la 2 săptămâni) în cadrul unui domeniu. Conform acestei măsurători, cele 5 roluri din familie (soț/soție, părinte, copil, ginere/noră, rudă apropiată) sunt incluse într-o singură rețea. Pentru a primi 1 punct pentru familie, se cere ca respondenții să aibă cel puțin 3 roluri în familie, precum și 4 persoane din familie cu care să aibă relații în mod regulat. Scorul se calculează astfel: dacă subiecții întrunesc criteriile pentru o rețea prestabilită, se acordă un punct pentru acea rețea, altfel punctajul e 0. În tabelul de mai jos sunt prezentate criteriile utilizate pentru stabilirea fiecărei rețele.

Rețea	Scorul este 1 dacă...
Familia	*Are cel puțin 3 roluri în familie și 4 persoane din familie cu care să aibă relații în mod regulat*
Prietenii	*Are 4 prieteni apropiați cu care să aibă relații în mod regulat*
Vecinii	*Are 4 vecini apropiați cu care să aibă relații în mod regulat*

Riscul psihosocial a fost calculat astfel: 1 punct dacă este necăsătorit, divorțat, separat sau văduv; 0,5 puncte dacă are sub 3 roluri sociale; 0,5 puncte dacă are sub 5 relații sociale frecvente; 1 punct dacă nu face parte din cel puțin 2 rețele sociale; 1 punct dacă locuiește singur.

Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) este o scală ce a fost publicată în anul 1985, în *Measuring the functional components of social support*, avându-i ca autori pe Cohen, Mermelstein, Kamarck și Hoberman, capitol integrat în volumul *Social support: Theory, research, and application*, coordonat de Sarason I. și Sarason B. Scala a fost realizată pentru a evalua percepția respondenților cu privire la accesibilitatea acestora la resurse sociale cu funcții variate, dar și pentru a oferi un instrument de măsurare a suportului social general.

Scala cuprinde o listă de 40 de afirmații ce privesc percepția existenței unor potențiale resurse sociale. Pentru fiecare afirmație respondenții aleg să răspundă cu "adevărat" dacă sunt siguri că acea afirmație li se potrivește sau cu "fals" dacă afirmația nu li se potrivește. Itemii din cadrul ISEL sunt împărțiți în subscale ce măsoară percepția existenței oportunității de a obține ajutor material, instrumental, percepția existenței oportunității de a avea o persoană de încredere cu care cineva să discute, percepția existenței oportunității de a fi comparat pozitiv atunci când cineva se compară cu alte persoane și percepția existenței oportunității de a avea oameni cu care să faci anumite lucruri.

Din punct de vedere al dezirabilității, itemii sunt echilibrat distribuiți în economia instrumentului, jumătate dintre ei fiind afirmații pozitive despre relațiile interpersonale (de exemplu, *dacă aș avea nevoie să-mi repar mașina, există cineva care m-ar ajuta)*, în timp ce cealaltă jumătate cuprinde itemi care se referă la latura negativă a relațiilor interpersonale (de exemplu, *nu mi se întâmplă des să invit alte persoane pentru a face ceva împreună*).

În scopul evaluării percepției respondenților cu privire la accesibilitatea la resurse sociale cu rol de sprijin emoțional, informațional sau material, scala utilizată în cercetarea prezentă, adaptată după ISEL, cuprinde 9 itemi, împărțiți în 3 subscale: subscala care evaluează percepția existenței oportunității de a obține suport emoțional (itemii a, c, f), subscala care evaluează percepția existenței oportunității de a obține suport informațional din partea celorlalți (itemii b, e, i) și subscala care evaluează percepția existenței oportunității de a obține suport material, instrumental din partea celorlalți (itemii d, g, h).

Interpretarea rezultatului final a fost următoarea: fiecare subscală a suportului social perceput a fost notată de la 4 la 10, în funcție de răspunsurile date de subiecți pentru fiecare item, nota 4 semnificând percepția lipsei totală a oportunității de a obține acel tip de sprijin social, nota 6 și nota 8 semnificând percepția existenței parțiale a oportunității de a accesa un anumit tip de sprijin (răspuns negativ la unul, respectiv doi dintre itemi) și nota 10 acordându-se în situația percepției existenței depline a oportunității de a accesa orice tip de sprijin. Pentru a evalua riscul psihosocial global, la această dimensiune, fiecare notă sub nota 10 la fiecare subscală a suportului social perceput a primit 1 punct. Astfel, s-a acordat 1 punct pentru suport social emoțional perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin; 1 punct dacă are suportul social informațional perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin și 1 punct dacă are suportul social material perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin. Scorul global a reprezentat însumarea punctelor obținute la fiecare subscală în parte.

Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) - *Form C* a fost descrisă de Wallston, Stein și Smith, în 1994, în *Journal of Personality Assessment*, fiind o scală construită după realizarea formelor A și B. Formele A și B, utilizate la mijlocul anilor 70 măsurau localizarea controlului în contextul sănătății generale. Ele conțineau 3 subscale (internalitatea, externalitatea bazată pe ceilalți și externalitatea bazată pe șansă) cu 5 itemi pe fiecare subscală. Forma C a fost realizată pentru măsurarea localizării controlului asociată anumitor "situații specifice" și a putut fi utilizată în locul formelor A sau B atunci când au fost studiate persoane ce aveau o afecțiune medicală preexistentă, înlocuindu-se cuvântul boală din fiecare item cu afecțiunea specifică grupului de persoane studiat: diabet, infarct etc. Fiecare dintre cei 18 itemi ai formei C a MHLC face referire la o credință ce privește afecțiunea medicală a respondentului, acesta

răspunzând prin a fi sau nu de acord cu acea credință. Fiind o măsurare a credințelor lor personale, subiecții au fost informați că nu existau răspunsuri corecte sau greșite.

Pentru a evalua localizarea controlului în rândul pacienților cardiaci, am utilizat o formă a Formei C a MHLC prescurtată și adaptată la specificul situației pacienților intervievați. Scala utilizată în cercetarea de față a cuprins 10 itemi, 5 măsurând localizarea internă a controlului (a, d, f, h, i) și 5 localizarea externă a acestuia (b, c, e, g, j). Au fost acordate puncte răspunsurilor pacienților corespunzător celor prezentate în tabelul 17, iar scorul final a fost obținut prin adunarea acestora. Rezultatele au fost comparate cu valori standard prestabilite prin adaptarea la noua configurație a scalei, astfel: un scor cuprins între +3 și +10 a indicat o localizare internă a controlului, un scor cuprins între +2 și -2 a indicat atât o localizare internă, cât și una externă a controlului, în timp ce un scor cuprins între -3 și -10 a indicat o localizare externă a controlului.

Tabelul 17. **Adaptare după Multidimensional Health Locus of Control Scale** (MHLC) – **Form C și calcularea punctajului**

	De acord	**Dezacord**	**Nu știu**
a. *Dacă boala mea s-ar înrăutăți, doar de comportamentul meu va depinde să mă simt bine din nou.*	+1	-1	0
b. *Cu privire la boala mea, ce va fi, va fi.*	-1	+1	0
c. *Cele mai multe lucruri care-mi pot afecta sănătatea țin de șansă.*	-1	+1	0
d. *Sunt direct responsabil(ă) atunci când starea mea de sănătate devine mai bună sau mai rea.*	+1	-1	0
e. *Ceilalți joacă un rol important atunci când starea mea de sănătate se îmbunătățește, este aceeași sau se înrăutățește.*	-1	+1	0
f. *Orice merge rău legat de starea mea de sănătate se întâmplă din vina mea.*	+1	-1	0
g. *Orice îmbunătățire care apare în starea mea de sănătate este în mare măsură o chestiune de noroc.*	-1	+1	0
h. *Este meritul meu atunci când starea mea de sănătate se îmbunătățește și vina mea atunci când se înrăutățește.*	+1	-1	0
i. *Boala mea s-ar înrăutăți dacă nu aș avea suficientă grijă de mine.*	+1	-1	0
j. *De sprijinul obținut de la alți oameni depinde cât de repede mă voi însănătoși.*	-1	+1	0

Tabelul 18. **Adaptare după Hospital Anxiety and Depression Scale** (HADS) **şi calcularea punctajului**

Punctaje asociate răspunsurilor la itemii HADS

Subscala	*Item*	*Punctaj*
A	*1*	*a-3,b-2,c-1,d-0*
A	*3*	*a-3,b-2,c-1,d-0*
A	*5*	*a-3,b-2,c-1,d-0*
A	*7*	*a-0,b-1,c-2,d-3*
A	*9*	*a-0,b-1,c-2,d-3*
D	*2*	*a-0,b-1,c-2,d-3*
D	*4*	*a-0,b-1,c-2,d-3*
D	*6*	*a-3,b-2,c-1,d-0*
D	*8*	*a-3,b-2,c-1,d-0*
D	*10*	*a-0,b-1,c-2,d-3*

Riscul psihosocial a fost calculat prin acordarea unui punct în situaţia în care pacientul avea o localizare externă a controlului şi 0,5 puncte dacă localizarea este atât internă, cât şi externă.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), instrument publicat în 1983 de Zigmond şi Snaith este un chestionar de autoevaluare care măsoară prezenţa şi gradul de severitate al tulburărilor emoţionale la pacienţii internaţi în spital. HADS este un instrument de screening pentru anxietate şi depresie în spitalul general, cercetat şi validat de nenumărate studii, având o bună reputaţie în rândul psihiatrilor şi medicilor.

Scala HADS este utilă şi în munca clinică, fiind cel mai utilizat chestionar în reabilitarea cardiacă datorită validităţii sale, a faptului că se completează rapid, subiecţii fiind instruiţi să completeze scala în scopul de a surprinde percepţia cu privire la starea emoţională prezentă (de exemplu, din ultimele 2-3 zile). Scala poate fi repetată la intervale săptămânale sau intervale mai mari şi o înregistrare a scorurilor ce acompaniază foaia de observaţie medicală poate oferi un indicator al evoluţiei stării emoţionale a unui pacient. HADS se utilizează în programele de reabilitare cardiacă în scopul evaluării stării emoţionale a pacienţilor înainte de intrarea în program, în timpul programului şi la ieşirea din program. El este utilizat şi de medicii care, cunoscând faptul că emoţiile joacă un rol important în cele mai multe tipuri de îmbolnăviri, sunt conştienţi că, având mai multe cunoştinţe despre emoţiile ce însoţesc bolile pacienţilor lor, le pot acorda acestora un ajutor mai eficient.

În încercarea de a adapta scala la specificul cercetării de faţă, numărul itemilor din cercetarea prezentă a fost redus de la 7 pentru fiecare subscală, aşa

cum apare în HADS, la 5 itemi pentru pentru măsurarea anxietăţii (1,3,5,7,9) şi 5 itemi care măsoară depresia (2,4,6,8,10). Fiecărui răspuns îi corespunde un punctaj standardizat, valabil şi pentru scala originală HADS, aşa cum rezultă din tabelul 18.

Scorul final a fost obţinut, pentru fiecare scală, prin adunarea punctajelor asociate răspunsurilor respondenţilor. Scorurile standardizate, adaptate la scala prezentă, au indicat că un punctaj între 0-5 pe fiecare dintre subscale era considerat normal, un punctaj de 6-8 era considerat un punctaj la limita riscului, în timp ce un scor de peste 9 indica existenţa unui posibil caz cu risc psihosocial. Riscul psihosocial global la această dimensiune a fost calculat prin acordarea de puncte, astfel: 1 punct dacă are peste 3 simptome ale anxietăţii; 1 punct dacă are peste 3 simptome ale depresiei şi 1 punct dacă scorul global al distresului emotional este sever sau moderat.

În afară de instrumentele standardizate adaptate la specificul obiectivelor cercetării, ghidul de interviu a cuprins şi întrebări ce au vizat aspecte privind vârsta, genul, locul de reşedinţă, nivelul studiilor absolvite, ocupaţia prezentă şi/sau trecută, percepţia stării de sănătate, frecvenţa adoptării unor comportamente sănătoase ca alimentaţia şi odihna, percepţia stării de boală (durata, tipul bolii, cauzele percepute, frecvenţa vizitelor la medic), frecvenţa stării de fericire şi percepţia determinanţilor ei, modalităţi de petrecere a timpului liber. Pentru întrebările de mai sus, riscul psihosocial a fost calculat, acordându-se puncte, astfel: 1 punct dacă starea de sănătate este percepută ca fiind satisfăcătoare, nu aşa de bună sau proastă; 0,5 puncte pentru fiecare item ce evaluează un tip de comportament sănătos, dacă răspunsul este rar sau foarte rar (total itemi: 6); 1 punct dacă boala a debutat în urmă cu mai puţin de 6 luni (0-6 luni); 1 punct dacă este boală cardiacă ischemică; 1 punct în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este stresul de la locul de muncă; 1 punct în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este stresul din familie; 1 punct în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este lipsa banilor; 0,5 puncte în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este alimentaţia necorespunzătoare; 0,5 puncte în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este lipsa exerciţiilor fizice; 0,5 puncte în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este fumatul; 0,5 puncte în situaţia în care cauza percepută a îmbolnăvirii este destinul; 1 punct dacă frecvenţa vizitelor la medic este de o dată la peste 2-3 ani; 1 punct dacă percepe starea de fericire rar.

În scopul atingerii obiectivului de identificare a percepţiei pacienţilor cardiaci internaţi în spital cu privire la elementele stresului social au fost intervievat un lot de 38 de pacienţi (21 de gen masculin şi 17 de gen feminin) internaţi în Departamentul de Cardiologie al unui spital din Bucureşti, în perioada iulie 2006-iulie 2007. Spitalul în care s-a desfăşurat cercetarea a fost selectat datorită indicatorilor de performanţă şi a indicatorilor privind rata ridicată a internărilor prin boli cardiace comparativ cu alte spitale din Bucureşti.

Pacienții intervievați au avut vârste cuprinse între 27 și 86 de ani, fiind selectați în funcție de starea de sănătate, care trebuia să fie una stabilă (printre criteriile de selecție fiind internarea în spital de cel puțin 3 zile, inexistența unor tulburări de auz, cunoașterea limbii române vorbite, persoane fără tulburări mentale, care să nu fie în comă sau într-o stare medicală instabilă) și în funcție de interesul pacienților de a răspunde la întrebări după prezentarea obiectivelor cercetării. Așadar, pentru că scopul cercetării nu a fost unul care să vizeze generalizarea, ci o înțelegere profundă a fenomenului stresului social în contextul bolii cardiace, decizia privind selectarea pacienților s-a făcut pe parcursul culegerii datelor, pe baza nevoilor teoretice și informaționale, neexistând un plan anterior cu privire la eșantionarea formală.

Culegerea de date s-a realizat prin metoda anchetei pe bază de interviu structurat, care să fie accesibil și consumator al unui timp suficient de scurt (între 20-45 de minute), datorită problematicii medicale existentă la subiecții intervievați. Dimensiunile interviului structurat aplicat pentru măsurarea riscului psihosocial au fost stabilite în urma identificării factorilor psihosociali ce urmau a fi evaluați: caracteristici sociodemografice; percepția stării de sănătate și a comportamentelor asociate sănătății; percepția tipului, duratei și cauzelor bolii cardiace; percepția stresorilor personali, a celor din familie și a celor de la locul de muncă din ultimul an; resursele sociale ale pacientului de adaptare la stresorii sociali: suportul social structural (rețeaua socială informală a pacientului) și suportul social funcțional perceput de pacient (emoțional, informațional sau material); localizarea controlului ca resursă personală de adaptare la stresorii sociali a pacienților; percepția efectelor emoționale și comportamentale de adaptare la boala cardiacă: fericirea, percepția efectelor comportamentale: petrecerea timpului liber; percepția gradului de afectare emoțională (depresia și anxietatea) în adaptarea la boala cardiacă în spital.

În continuare strategia de cercetare clinică științifică aleasă de mine a fost studiul de caz. Am ales această strategie pentru că am pornit de la teorii și observații mai mult sau mai puțin sistematizate, din dorința de a dezvolta noi teorii cu privire la componentele stresului în contextul evoluției bolii cardiace.

După calcularea scorului riscului psihosocial la pacienții intervievați au fost selectate 11 cazuri (6 bărbați și 5 femei) care au înregistrat cele mai mari scoruri, în scopul explorării și descrierii aspectelor biopsihosociale asociate riscului psihosocial și pentru care, pe baza informațiilor obținute în urma intervievării, au fost întocmite ecohărți și genograme.

8.3. Analiza datelor

Datele culese în urma aplicării interviului au fost definite, codificate, regrupate pentru a realiza analiza distribuției caracteristicilor care m-au interesat

pentru populația aleasă au fost introduse într-o bază de date cu ajutorul programului de analize statistice SPSS. Analiza cantitativă a datelor s-a realizat cu ajutorul programului de analize statistice SPSS ce conține proceduri ce au permis analiza univariată și bivariată a caracteristicilor populației studiate. Diagnosticele principale și secundare au fost grupate ținând cont de International Clasiffication of Disease, codare ce a stat la baza realizării categoriilor statistice stabilite de OMS. Astfel, diagnosticele au fost distribuite în interiorul a 5 categorii: bolile ischemice ale inimii sau bolile coronariene (infarctul de miocard, angina pectorală și alte boli ischemice ale inimii); hipertensiunea arterială; aritmii cardiace; insuficiența cardiacă congestivă; alte afecțiuni cardiace (pericardite, miocardite, endocardite, boli valvulare, cardiomiopatie etc.)

Pentru cei 38 de pacienți intervievați s-a calculat *riscul psihosocial* prin adunarea punctajelor acordate itemilor astfel: 1 punct dacă starea de sănătate este percepută ca fiind satisfăcătoare, nu așa de bună sau proastă; 0,5 puncte pentru fiecare item ce evaluează un tip de comportament sănătos, dacă răspunsul este rar sau foarte rar (total itemi: 6); 1 punct dacă boala a debutat în urmă cu mai puțin de 6 luni (0-6 luni); 1 punct dacă este boală cardiacă ischemică; 1 punct în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este stresul de la locul de muncă; 1 punct în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este stresul din familie; 1 punct în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este lipsa banilor; 0,5 puncte în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este alimentația necorespunzătoare; 0,5 puncte în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este lipsa exercițiilor fizice; 0,5 puncte în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este fumatul; 0,5 puncte în situația în care cauza percepută a îmbolnăvirii este destinul; 1 punct dacă frecvența vizitelor la medic este de o dată la peste 2-3 ani; 1 punct dacă înregistrează cel puțin 2 stresori în zona personală; 1 punct dacă înregistrează cel puțin 2 stresori în zona familială; 1 punct dacă înregistrează cel puțin 2 stresori în zona ocupațională; 1 punct dacă este necăsătorit, divorțat, separat sau văduv; 0,5 puncte dacă intervievatul are sub 3 roluri sociale; 0,5 puncte dacă intervievatul are sub 5 relații sociale frecvente; 1 punct dacă nu face parte din cel puțin 2 rețele sociale; 1 punct dacă locuiește singur; 1 punct dacă are suportul social emoțional perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin; 1 punct dacă are suportul social informațional perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin; 1 punct dacă are suportul social material perceput evaluat cu nota 8 sau mai puțin; 1 punct dacă are o localizare externă a controlului; 0,5 puncte dacă localizarea este atât internă, cât și externă; 1 punct dacă percepe starea de fericire rar; 1 punct dacă are peste 3 simptome ale anxietății; 1 punct dacă are peste 3 simptome ale depresiei; 1 punct dacă scorul global al distresului emoțional este sever sau moderat. Scorul total al riscului psihosocial a fost de 27.

Pentru analiza calitativă a datelor obținute am realizat următoarele: testarea și emergența teoriilor cu privire la stres și suportul social în relație cu

datele obținute în urma interviului structurat în scopul analizării componentelor stresului social: stresori, mediatori şi efecte ale stresului pentru fiecare caz, precum şi analizarea contextului: starea de sănătate, starea de boală percepute şi efectele spitalizării, selectarea şi analizarea celor 11 studii de caz cu risc psihosocial înalt, realizarea genogramei şi a ecohărții pentru fiecare caz.

În final, am propus, unele măsuri intervenționale psihosociale care să se adreseze eliminării stresorilor sau adaptarea la aceştia, dezvoltării resurselor personale şi sociale în scopul adaptării mai eficiente la stresori, precum şi analizării şi reducerii efectelor emoționale ce însoțesc apariția stresorilor în contextul bolii cardiace. Studiile de caz realizate pentru cei ce au înregistrat un risc psihosocial înalt au urmărit dezvoltarea, în final, a unor investigații privind terapia de familie ca intervenție psihosocială adresată pacientului cardiac cu risc psihosocial înalt şi familiei acestuia. Aşadar, în baza literaturii de specialitate şi a observațiilor proprii, ar fi interesant de urmărit în ce măsură componentele procesului stresului ce afectează pacientul afectează conceptualizarea clinică familială şi eficiența acesteia. Terapia de familie porneşte de la asumpția că simptomatologia este mediată de suportul social oferit de familie. Astfel, au fost analizate trei componente ale procesului stresului asociate familiei în adaptarea la boala cardiacă ca stresor. În primul rând, sunt stresorii familiali aşa cum au fost percepuți de pacient. În al doilea rând, am făcut referire la percepția cu privire la cauzele îmbolnăvirii asociate cu stresorii din familie, la structura suportului social existent şi a suportului social perceput ca provenind de la membrii familiei, precum şi tipurile de suport percepute: emoțional, informațional sau material. Şi, în final, am analizat fericirea şi alte efecte emoționale pe care boala sau familia le determină la nivelul fiecărui pacient. Aşadar, modificarea simptomatologiei pacientului internat în spital poate fi condiționată de modificarea relațiilor pacientului cu membrii familiei, membrii echipei medicale sau membrii altor tipuri de grupuri cu rol de suport: prieteni, vecini, colegi de serviciu, rude etc.

8.4. Rezultate şi concluzii

În scopul evaluării riscului psihosocial înalt în rândul pacienților cu boli cardiace internați în spital, au fost intervievați 38 de pacienți (21 de sex masculin şi 17 de sex feminin), cu vârste cuprinse între 27 şi 86 de ani, cu o medie de 62 de ani, aflați în diferite faze de evoluție a bolii (17 în faza acută a bolii cardiace-între 0 şi 6 luni şi 21 în faza cronică sau terminală a bolii cardiace -între 7 luni şi peste 7 ani).

Dintre pacienții intervievați, 20 aveau studii primare, gimnaziale sau liceale, în timp ce 18 aveau studii superioare. În continuare voi analiza relația dintre educație şi starea de sănătate, o relație ce a fost des analizată în cercetările

contemporane. S-a constatat, astfel, că educația poate influența direct starea de sănătate prin creşterea nivelului cunoştințelor legate de comportamentele sănătoase, oferind oamenilor deprinderi şi informații care-i ajută să facă față evenimentelor stresante de viață. Când viața este o luptă constantă, când nu ai niciodată siguranța că vei avea suficienți bani pentru mâncare, haine şi locuință, oamenii, deseori, se simt dărâmați, depresivi şi fără ajutor, ceea ce le scade rezistența şi îi fac susceptibili la boli (Pearlin et al., 1981; Syme şi Berkman, 1986 cf. Cockerham et al., 1998). Explicațiile teoretice cu privire la asocierea educației cu starea de sănătate, oferite de Ross şi Wu în *The links between Education and Health* (Cockerham et al., 1998) pot fi incluse în 3 categorii: munca şi condițiile economice, resusele social-psihologice şi stilul de viață sănătos. Conform primei categorii de explicații, oamenii bine educați sunt în număr mai mic şomeri, au o probabilitate mai mare de a avea slujbe full-time şi de a avea o satisfacție a muncii, venituri mai mari şi îngrijorări economice mai puține. Oamenii educați sunt mai predispuşi să experimenteze autonomia la locul de muncă şi o muncă creativă, nonrutinieră, ambele îmbunătățind funcționarea psihologică şi satisfacția cu munca (Kohn et al., 1990). A doua explicație indică faptul că oamenii bine educați au resurse social-psihologice, incluzând aici un grad înalt al controlului personal şi al suportului social, în timp ce a treia explicație afirmă că oamenii bine educați au stiluri de viață mai sănătoase. Astfel, comparativ cu persoanele slab pregătite, oamenii bine educați sunt mai predispuşi să facă exerciții fizice, să bea moderat, să primească îngrijire medicală preventivă şi să fumeze mai puțin.

Prima dimensiune evaluată în cadrul interviului a fost percepția stării de sănătate a pacienților cardiaci internați în spital. Faptul că pacienții sunt internați în spital, ceea ce presupune că boala se află în faza ei acută sau în cea de acutizare a fazei cronice a acesteia, determină ca cei mai mulți pacienți să perceapă că au o stare de sănătate nu aşa de bună (16), proastă (10), satisfăcătoare (10) sau bună (2).

În rândul percepțiilor pacienților intervievați cu privire la cauzele îmbolnăvirii lor, stresul de la locul de muncă este cauza cel mai des invocată (18), în timp ce destinul este cauza cel mai puțin întâlnită (6). Alte cauze semnificative percepute de cei intervievați au fost stresul din familie (14), moştenirea genetică (14), lipsa exercițiilor fizice (15). Se remarcă faptul că stresul de la locul de muncă (8) şi lipsa exercițiilor fizice (7) sunt cauzele cel mai des percepute în rândul femeilor, în timp ce fumatul (12) şi stresul de la locul de muncă (10) sunt cauzele cel mai des percepute în rândul bărbaților. Aşadar stresul de la locul de muncă este perceput de ambele genuri în aceeaşi mare măsură. Cât priveşte stresul din familie, 14 dintre cei intervievați consideră că acesta a contribuit la apariția îmbolnăvirii. Stresul de la locul de muncă este perceput în aceeaşi măsură de femeile şi bărbații intervievați, independent de nivelul de studii (9 au studii primare şi liceale, în timp ce 9 au studii superioare). Se remarcă totuşi faptul că

cele mai multe persoane intervievate care invocă stresul de la locul de muncă ca posibil factor cauzator al îmbolnăvirii sunt bărbați cu studii superioare (7).

Printre stresorii din familie cel mai des întâlniți în rândul pacienților intervievați pot fi amintiți schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei şi moartea unui membru apropiat al familiei. 6 dintre cei intervievați au fost confruntați în ultimul an cu plecarea fiului/fiicei de acasă, 8 dintre ei cu moartea unui membru apropiat al familiei, 6 cu situații conflictuale în familie, 4 cu intrarea unui nou membru în familie, 1 cu separarea de soț/soție şi 1 cu divorțul, 8 cu schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei, 3 cu decesul soției/soțului. Cât privește descrierea vieții de familie, cei mai mulți pacienți intervievați au asociat vieții lor de familie cuvinte ca *bună* (7), *echilibru* (2), *înțelegere* (3), *frumoasă* (2), *fericită* (2), *normală* (2). Ceilalți pacienți intervievați au asociat vieții de familie, fiecare, cuvinte ca: *armonie, foarte bună, extraordinară, fericire, iubire, liniște, perfectă, reușită, sănătate* dar şi *aglomerație, modestă, delăsare, rar, searbădă*. Se remarcă faptul că, în majoritatea lor (27), pacienții intervievați percep viața lor de familie în termeni pozitivi, independent de genul acestora.

Printre stresorii personali cel mai des întâlniți în rândul pacienților intervievați pot fi amintiți îmbolnăvirea sau accidentarea (18) şi problemele financiare semnificative (5). Deşi percepută de un număr mare a celor intervievați, îmbolnăvirea este un factor stresant în ultimul an perceput doar de 18 dintre cei 38 de pacienți, ceea ce relevă diferențierea indivizilor în funcție nu doar de stresorii apăruți în ultimul an, ci şi de percepțiile acestora cu privire la potențialul stresogen al acestui stresor. Alți stresori apăruți în zona personală au fost percepuți în număr redus de pacienții intervievați.

Printre stresorii ocupaționali apăruți în ultimul an percepuți de către pacienții intervievați care au o ocupație au fost situațiile conflictuale cu colegii de la locul de muncă (6), schimbarea locului de muncă (5) şi probleme cu şeful (5). Cât privește descrierea vieții de la locul de muncă, cei mai mulți pacienți intervievați au asociat vieții lor de la locul de muncă cuvinte ca *bună* (3) sau *stresantă* (2). Ceilalți pacienți intervievați, care aveau o ocupație în prezent, au asociat vieții lor de la locul de muncă, fiecare, cuvinte sau expresii ca: *pasiune, foarte bună, hotărâtă*, dar şi *agitată, balamuc, dezordonată, foarte stresantă, greu, vreau să plec în străinătate*.

Pacienții intervievați locuiesc fie singuri (6), cu părinții (1), cu copiii (9), cu soțul/soția (12) sau cu alte rude (10). Dintre pacientele intervievate, 7 sunt căsătorite, 4 divorțate şi 6 văduve, iar dintre pacienții intervievați 17 sunt căsătoriți, 1 necăsătorit, 1 divorțat şi 2 văduvi.

Cei mai mulți dintre pacienții intervievați (23) declară că au 1-2 copii, 8 dintre ei au 3-4 copii, 4 nu au niciun copil, 2 dintre ei au 5-6 copii iar un pacient de peste 7 copii. De asemenea, cei mai mulți pacienți intervievați declară că nu

mai au niciun părinte în viață (22), 9 dintre ei au un singur părinte în viață, iar 6 dintre ei declară că au ambii părinți în viață. Cât privește existența socrilor (părinților partenerului de viață), cei mai mulți (25) declară că au un socru/o soacră în viață, 4 declară că ambii socrii sunt în viață, iar 3 declară că socrii nu mai sunt în viață.

Alte surse de suport pentru pacienții intervievați sunt rudele, altele decât copiii sau părinții. Cei mai mulți dintre pacienții intervievați (12) declară că se întâlnesc sau vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu 1-2 rude. Se remarcă faptul că 7 pacienți declară că nu se întâlnesc şi nu vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu nicio rudă. Prietenii, reprezintă o sursă de suport pentru 30 dintre pacienții intervievați, aceştia declarând că se întâlnesc sau vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu 1-2 prieteni (7), 3-4 prieteni (8). Se remarcă faptul că 7 pacienți declară că nu se întâlnesc şi nu vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu niciun prieten.

Vecinii, reprezintă o sursă de suport pentru 28 dintre pacienții intervievați, aceştia declarând că se întâlnesc sau vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu 1-2 vecini (7). Se remarcă faptul că 9 pacienți declară că nu se întâlnesc şi nu vorbesc la telefon cel puțin o dată la 2 săptămâni cu niciun vecin.

În urma evaluării dimensiunilor suportului emoțional perceput, 33 dintre pacienții intervievați au declarat că există câteva persoane în care au încredere că i-ar ajuta dacă ar avea nevoie, în timp ce 5 pacienți declară că nu există astfel de persoane. De asemenea, 29 dintre pacienții intervievați declară că atunci când se simt singuri, există câteva persoane cu care pot discuta, în timp ce 9 pacienți consideră că, atunci când se simt singuri, nu există persoane cu care să poată discuta. Tot în ceea ce privește suportul emoțional perceput, 16 dintre cei intervievați declară că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi cele mai multe dintre temerile şi fricile lor, în timp ce 21 declară că există astfel de persoane cu care să poată împărtăşi cele mai multe dintre temerile şi fricile lor.

În urma evaluării dimensiunilor suportului informațional perceput, 13 dintre pacienții intervievați au declarat că, dacă ar apărea o criză în viața lor, ar fi dificil să găsească pe cineva care să le dea un sfat bun despre cum să rezolve situația, în timp ce 25 de pacienți declară că nu ar fi dificil să găsească pe cineva care să le dea un sfat bun despre cum să rezolve situația. De asemenea, 25 dintre pacienții intervievați declară că există cel puțin o persoană cunoscută de ei în al cărei sfat să aibă cu adevărat încredere, în timp ce 12 pacienți consideră că nu există cel puțin o persoană cunoscută de ei în al cărei sfat să aibă cu adevărat încredere. Tot în ceea ce privește suportul informațional perceput, 11 dintre cei intervievați declară că nu există cineva în care să poată avea încredere că le dă un sfat bun legat de problemele financiare, în timp ce 22 declară că există cineva în care să poată avea încredere că le dă un sfat bun legat de problemele financiare.

În urma evaluării dimensiunilor suportului material perceput, 9 dintre pacienții intervievați au declarat că, dacă ar fi bolnavi şi ar avea nevoie de cineva să îi ducă la medic, ar găsi greu pe cineva, în timp ce 29 de pacienți declară că nu ar găsi greu pe cineva. De asemenea, 32 dintre pacienții intervievați declară că, dacă s-ar îmbolnăvi ar putea găsi cu uşurință pe cineva care să îi ajute la treburile de zi cu zi, în timp ce 6 pacienți consideră că nu ar putea găsi cu uşurință pe cineva care să îi ajute la treburile de zi cu zi. Tot în ceea ce priveşte suportul material perceput, 17 dintre cei intervievați declară că, dacă ar avea nevoie urgent de un împrumut de 40 de milioane de lei, nu există cineva de la care să îi poată obține, în timp ce 21 declară că există cineva de la care să îi poată obține.

Dincolo de percepția resurselor sociale la care ar putea apela pacienții intervievați, am evaluat şi o dimensiune importantă a resurselor lor personale utile în evaluarea şi adaptarea la stresori: localizarea controlului.

O localizare internă a controlului a fost stabilită în urma evaluării itemilor cu rol în estimarea tipului localizării controlului. Astfel, 26 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *dacă boala mea s-ar înrăutăți, doar de comportamentul meu va depinde să mă simt bine din nou,* în timp ce 9 nu sunt de acord cu aceasta. De asemenea, 31 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *sunt direct responsabil(ă) atunci când starea mea de sănătate devine mai bună sau mai rea,* doar 6 exprimându-şi dezacordul cu ea. 22 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *orice merge rău legat de starea mea de sănătate se întâmplă din vina mea,* 14 dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație. 27 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *este meritul meu atunci când starea mea de sănătate se îmbunătățeşte şi vina mea atunci când se înrăutățeşte,* 9 dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație. 34 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *boala mea s-ar înrăutăți dacă nu aş avea suficientă grijă de mine,* unul dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație.

O localizare externă a controlului a fost stabilită în urma evaluării itemilor cu rol în estimarea tipului localizării controlului. Astfel, 27 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *cu privire la boala mea, ce va fi, va fi,* în timp ce 10 nu sunt de acord cu aceasta. De asemenea, 23 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *cele mai multe lucruri care-mi pot afecta sănătatea țin de şansă,* 10 pacienți exprimându-şi dezacordul cu ea. 23 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *ceilalți joacă un rol important atunci când starea mea de sănătate se îmbunătățeşte, este aceeaşi sau se înrăutățeşte,* 13 dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație. 15 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *orice îmbunătățire care apare în starea mea de sănătate este în mare măsură o chestiune de noroc,* 19 dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație. 29 dintre pacienții intervievați au fost de acord cu afirmația *de sprijinul obținut de la alți oameni depinde cât de repede mă voi însănătoşi,* 8 dintre ei exprimându-şi dezacordul cu această afirmație.

Evaluarea stării de fericire şi determinanții acesteia în percepția pacienților intervievați a fost următoarea dimensiune evaluată, încercându-se astfel o evaluare a efectelor emoționale pe care stresorii îi pot avea asupra stării generale a pacienților. În ceea ce priveşte frecvența stării de fericire în rândul pacienților intervievați se remarcă faptul că cei mai mulți pacienți declară că se simt fericiți uneori (23) sau deseori (13). Doi pacienți au declarat că nu au fost fericiți niciodată. În ceea ce priveşte determinanții stării de fericire, 2 dintre bărbații intervievați declară că nu ştiu ce îi face fericiți, pe un pacient nu îl face nimic fericit, în timp ce ceilalți 35 de pacienți intervievați declară diverse motive care îi determină să fie fericiți. Pentru a evalua aceste motive, le-am introdus în categorii ce vizează zona familiei, zona profesională sau zona personală, individuală. Astfel, se remarcă faptul că zona profesională nu este un generator de motive pentru care cei intervievați să se declare fericiți. În schimb zona familială este un important izvor la fericirii pacienților intervievați. Printre motivele invocate de aceştia ca stând la baza stării lor de fericire sunt: *realizarea copiilor mei* (2), *copiii, viața de familie* (3), *succesul, realizarea copiilor, a nepoților, precum şi fericirea celorlalți oameni din jur* (1), *sănătatea şi înțelegerea copiilor* (1), *nepotul-am un băiat student* (1), *mulțumirea sufletească, starea copilului, sănătatea membrilor familiei* (1), *fericirea familiei* (1), *copilul meu* (1), *copiii-sunt realizați şi se înțeleg bine* (1), *apropierea familiei* (1), *bucuriile din familie* (1), *când sunt cu familia şi cu cei apropiați* (1), *fata mea-realizările ei* (1).

Printre motivele din zona vieții personale invocate de pacienții intervievați au fost: *sănătatea* (6), *orice* (2), *viața* (1), *sinceritatea, prietenia, banii* (1), *înțelegerea, banii pentru a cumpăra orice, liniştea* (1), *lipsa de constrângere* (1), *fericirea altora* (1), *faptul că am avut o căsnicie bună, că am putut pune bani de-o parte, că i-am putut ajuta pe ceilalți, credința în Dumnezeu* (1), *concediile* (1), *concediile în aer liber* (1), *petrecerile, excursiile* (1).

Ulterior am identificat modalitățile de petrecere a timpului liber printre pacienții intervievați, modalități ce pot funcționa ca posibile mecanisme de prevenire sau combatere a distresului emoțional produs de influența diferiților stresori sau de deficitul de resurse sociale sau personale existente la pacienții cardiaci intervievați. Astfel, se remarcă faptul că pacienții cardiaci preferă să-şi petreacă timpul liber *stând cu familia* (20), *citind* (18) sau *întâlnindu-se cu prietenii* (13) şi, mai puțin, *făcând sport* (3), implicându-se în *activități de joc* (2) sau *ascultând muzică* şi/sau *mergând la teatru* (4).

Printre alte activități de petrecere a timpului liber în care pacienții intervievați declară că se implică pot fi menționate: *mă uit la TV* (8), *mă odihnesc, mă plimb* (7), *treburi gospodăreşti* (2), *grădinărit* (2), *arta* (1), *tapiserie* (1), *calculator* (1), *croşetat* (1), *montaje electronice* (1), *merg la cimitir, merg la*

cumpărături, mă uit la TV, pescuit (1), *vorbesc la telefon, fac integrame, plimbări, excursii.*

Efectele în plan emoțional ale îmbolnăvirii au fost evaluate folosind itemi din scala HADS. În continuare, vor fi prezentate rezultate asociate nivelului de anxietate existent la pacienții cardiaci intervievați. 19 pacienți dintre cei intervievați (12 bărbați și 7 femei) au declarat că, în ultimele 3 zile, s-au simțit tensionați în cea mai mare parte a timpului sau destul de mult timp, în timp ce 19 s-au simțit tensionați din când în când sau niciodată. De asemenea, 18 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile, au avut foarte des și foarte intens un sentiment de teamă ca și când ceva îngrozitor se va întâmpla, în timp ce 20 dintre pacienți au declarat că au avut acest sentiment puțin, fără să-i îngrijoreze sau niciodată. 19 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile, le-au trecut prin minte gânduri de îngrijorare în cea mai mare parte a timpului sau destul de mult timp, în timp ce 19 dintre pacienți au declarat că le-au trecut prin minte gânduri de îngrijorare din când în când sau doar ocazional. 24 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile au putut să stea liniștiți și să se simtă relaxați, în timp ce 14 dintre pacienți au declarat că nu au putut sta liniștiți și nu s-au simțit relaxați prea des. 9 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile au au avut un sentiment de frică, de *gol în stomac* destul de des și foarte des, în timp ce 29 dintre pacienți au declarat că a avut acest sentiment de frică, de *gol în stomac* ocazional sau niciodată.

În continuare, vor fi prezentate rezultate asociate nivelului de depresie existent la pacienții cardiaci intervievați. 27 pacienți dintre cei intervievați (17 bărbați și 10 femei) au declarat că, în ultimele 3 zile, s-au bucurat de lucrurile care i-au bucurat în mod obișnuit la fel de mult sau nu atât de mult, în timp ce 11 au declarat că încă se mai bucură de lucrurile care i-au bucurat în mod obișnuit doar puțin sau deloc.

De asemenea, 32 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile, au putut să râdă și să vadă partea amuzantă a lucrurilor la fel de mult ca de obicei sau nu atât de mult ca de obicei, în timp ce 6 pacienți (femei) au declarat că nu au putut să râdă și să vadă partea amuzantă a lucrurilor deloc sau foarte puțin ca de obicei. 26 dintre pacienții intervievați au declarat că, în ultimele 3 zile, s-au simțit veseli sau optimiști uneori sau în cea mai mare parte a timpului putut să râdă și să vadă partea amuzantă a lucrurilor la fel de mult ca de obicei sau nu atât de mult ca de obicei, în timp ce 6 pacienți (femei) au declarat că nu au putut să râdă și să vadă partea amuzantă a lucrurilor deloc sau foarte puțin ca de obicei. 5 dintre pacienții intervievați (femei) au declarat că s-au simțit ca și când ar fi la pământ aproape tot timpul și foarte des, în timp ce 23 dintre pacienți au declarat că s-au simțit ca și când ar fi la pământ uneori sau niciodată.

Ulterior acestei analize cantitative, a fost calculat riscul psihosocial prin adunarea punctajelor acordate itemilor. Cei 38 de pacienți intervievați au obținut

scoruri ale riscului psihosocial între 6 și 18 puncte. Dintre aceștia au fost selectate 11 cazuri (5 femei și 6 bărbați cu scoruri de peste 15 puncte) care au fost analizate în profunzime.

Analiza calitativă a constat în testarea și emergența teoriilor cu privire la stres și suportul social în relație cu datele obținute în urma interviului, precum și selectarea și analizarea celor 11 studii de caz cu risc psihosocial înalt, realizarea genogramei, utilizând simbolurile prezentate în anexa 6 și a ecohărții pentru fiecare caz; analizarea componentelor stresului social: stresori, mediatori și efecte ale stresului pentru fiecare caz, precum și analizarea contextului: starea de sănătate, starea de boală percepute și efectele spitalizării.

În continuare vor fi prezentate cele 11 cazuri cu risc psihosocial înalt selectate pentru o analiză specifică.

Cazul nr. 8, MI

Ioana, în vârstă de 49 de ani, a absolvit liceul și, în prezent, lucrează în domeniul armatei. A aflat că suferă de o boală coronariană de aproximativ 1 an, cauzele fiind, în percepția ei, stresul de la locul de muncă și stresul din familie. Ioana a divorțat în urmă cu 1 an și, în prezent, locuiește cu copilul și cu mama ei.

Ioana declară că, în ultimul an, stresorii cu care s-a confruntat au fost în special de natură profesională, ea declarând că a avut numeroase probleme cu șeful și situații conflictuale cu colegii, caracterizând viața de la locul său de muncă ca fiind una deosebit de „grea". Un alt stresor important perceput de Ioana a fost și apariția bolii cardiace, în momentul intervievării ea afirmând că starea ei de sănătate nu este așa de bună. Analiza comportamentelor asociate sănătății au în prim plan faptul că Ioana nu reușește să se adapteze la stresul cotidian de la locul său de muncă sau la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă. În același timp, făcând referire la comportamentele asociate sănătății, Ioana declară că mănâncă destul de rar la micul dejun, ceea ce poate fi definit ca un dezechilibru la nivelul stilului său de viață. Odihna, un alt factor psihosocial care poate influența starea cuiva de sănătate este ignorată de Ioana, ea declarând că foarte rar se relaxează la sfârșitul săptămânii, iar atunci când reușește să facă acest lucru, ea afirmă că preferă „să se odihnească și să se plimbe".

O altă dimensiune evaluată prin intervievare a fost cea referitoare la suportul social perceput de Ioana. Astfel, Ioana descrie viața ei de familie ca fiind una „echilibrată", considerând că, deși s-a confruntat cu un divorț, își găsește în copilul și mama sa surse de mulțumire. Alături de familia sa, Ioana percepe și alte surse de sprijin informal, în rețeaua sa socială incluzând 6 rude, 3 prieteni și 5 vecini. Cât privește tipurile de suport social și funcționalitatea acestora, se remarcă faptul că, deși structura suportului este destul de consistentă, percepția utilității sale, în anumite situații, este una de redusă. Astfel, Ioana declară că atunci când se simte singură, nu există persoane cu care să poată discuta, simțind,

în acelaşi timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi temerile şi fricile ei. Totuşi, ea afirmă că există câteva persoane în care ar avea încredere că ar ajuta-o în situaţia în care ar avea nevoie. Aşadar, s-ar putea considera că există o nevoie de suport emoţional în ceea ce o priveşte pe Ioana. În schimb, Ioana percepe un sprijin informaţional într-o proporţie mai mare sau egală cu percepţia sprijinului material. Astfel, deşi Ioana declară că, în situaţia în care ar apărea o criză în viaţa ei, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă, nu pare a avea probleme legate de inexistenţa unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere în general, şi să obţină sfaturi bune legate de problemele financiare în mod special. Cu privire la sprijinul material, instrumental, Ioana pare a nu avea probleme, ea percepând existenţa cel puţin a unei persoane care s-o sprijine la treburile de zi cu zi sau s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie. Cu toate acestea, dincolo de serviciile percepute ca fiind uşor de accesat în reţeaua sa socială, Ioana declară că, dacă ar avea nevoie de un ajutor material sub forma unei sume mai mari de bani, nu crede că există cineva de la care să-i poată obţine. În continuare am încercat să evaluez, dincolo de resursele sociale la care Ioana ar putea apela, resursele personale ale Ioanei care ar putea avea un rol în adaptarea la boala cardiacă şi la condiţiile impuse de apariţia acesteia. În urma unei analize a localizării controlului ca resursă personală, am constatat că localizarea controlului pare a fi o resursă bună a Ioanei în adaptarea la stresori în general şi la boala cardiacă în special. Astfel, ea afirmă că în condiţiile în care boala sa s-ar înrăutăţi este de acord că, pentru a se simţi bine din nou, va depinde de comportamentul său sau că e direct responsabilă atunci când starea sa de sănătate devine mai bună sau mai rea. Deşi aceste afirmaţii ar indica o localizare a controlului de tip intern, Ioana este de acord şi cu afirmaţii care atestă o localizare externă a controlului. Astfel, ea afirmă că cele mai multe lucruri care-i pot afecta starea de sănătate ţin de şansă, în timp ce consideră că orice îmbunătăţire care apare în starea sa de sănătate este în mare măsură o chestiune de noroc.

În final am evaluat în ce măsură echilibrul Ioanei a fost afectat de stresorii percepuţi în ultima vreme, internarea în spital fiind unul dintre aceştia. Făcând o referire la starea sa emoţională de fericire, Ioana declară că se simte uneori fericită, principala ei sursă de fericire fiind copilul ei. În urma aplicării scalei de evaluare a anxietăţii şi depresiei în spital, Ioana a obţinut un scor ridicat, încadrându-se la nivelul de „severitate", simptomele asociate anxietăţii şi depresiei fiind resimţite de Ioana în proporţii aproximativ egale. Ioana declară că în ultimele 3 zile s-a simţit destul de mult timp tensionată, având un sentiment de teamă ca şi când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte gânduri de îngrijorare în cea mai mare parte a timpului, s-a simţit puţin veselă şi s-a simţit ca şi când ar fi la pământ aproape tot timpul.

Cazul nr. 27, CI

Irina, în vârstă de 71 de ani, a absolvit 8 clase şi lucrează la domiciliu, oferind servicii de croitorie. În prezent, are doi copii şi, după ce a devenit văduvă, în urmă cu un an, locuieşte singură. Ea descrie starea sa de sănătate ca fiind una proastă. În acest context, ea declară că a aflat, în urmă cu 7 ani, că suferă de o boală coronariană, cauzele îmbolnăvirii fiind, în percepţia sa, stresul de la locul de muncă cu care s-a confruntat o bună parte din viaţa sa, dar şi moştenirea genetică, părinţii săi fiind diagnosticaţi, la rândul lor, cu afecţiuni coronariene. În ceea ce priveşte comportamentele asociate sănătăţii Irina mănâncă rar la micul dejun, se odihneşte în timpul zilei foarte rar şi, la sfârşitul săptămânii, se relaxează foarte rar. Irina declară că, în său timpul liber preferă „să se ocupe cu treburile gospodăreşti". Un alt comportament asociat sănătăţii poate fi considerat şi frecvenţa accesării serviciilor medicale, ea declarând că frecvenţa vizitelor la medic este foarte rară, respectiv o dată la peste 10 ani.

În continuare am analizat stresorii pe care Irina i-a perceput în ultima vreme şi care au putut determina influenţarea evoluţiei bolii cardiace. Astfel, ea declară că, în ultimul an, stresorul cel mai însemnat cu care s-a confruntat a fost decesul soţului său. Conform cercetătorilor Holmes şi Rahe, moartea soţului sau a soţiei este considerat ca fiind cel mai stresant moment din viaţa unei persoane, readaptarea la viaţa de unul singur, după o viaţă întreagă petrecută în doi, necesitând schimbări şi eforturi considerabile. În aceste momente, persoana apelează fie la resursele personale (uneori epuizându-le, cu consecinţe considerabile asupra stării sale de sănătate), fie la resurse sociale informale precum familia, vecini sau prieteni sau surse formale (medici, asistente medicale, psihologi, asistenţi sociali etc).

Evaluând disponibilitatea resurselor sociale în percepţia Irinei, deşi ea este văduvă, locuind în prezent singură, aceasta descrie viaţa ei de familie ca fiind dominată de „înţelegere şi cooperare". Reţeaua sa de sprijin social mai cuprinde în structura sa, pe lângă cei doi copii, 3 vecini, ea nepercepând ca surse de sprijin prieteni sau rude. Aşadar, se poate concluziona că Irina nu are la dispoziţie o reţea socială la al cărei sprijin să poată apela. Cât priveşte tipurile de suport social, Irina declară că, dacă s-ar afla în situaţia de a se îmbolnăvi şi ar avea nevoie să meargă la medic, ar găsi greu pe cineva care s-o ajute. De asemenea, ea declară că nu există o persoană în al cărei sfat să aibă cu adevărat încredere. Cu toate acestea, ea afirmă că există câteva persoane, probabil vecinii şi copiii, cu care poate împărtăşi cele mai multe dintre fricile şi temerile sale. Legat de situaţia materială, Irina declară că, în situaţia în care ar avea urgent nevoie de un împrumut, nu există cineva de la care să-l poată obţine şi, în acelaşi timp, ea declară că nu există cineva în al cărei sfat bun legat de problemele financiare să aibă încredere. Aşadar există conturată o nevoie de suport informaţional şi material, suportul emoţional fiind perceput de Irina în proporţia cea mai mare.

Ca resursă personală, localizarea controlului pare a fi o resursă bună a Irinei în adaptarea la stresori, având în vedere că aceasta consideră că cele mai multe lucruri care-i pot afecta starea de sănătate nu țin de șansă, fiind conștientă că boala sa s-ar înrăutăți dacă nu ar avea suficientă grijă de ea.

Legat de efectele pe care stresorii le-au putut avea asupra bunăstării sale emoționale în general și a efectelor bolii cardiace din ultimele 3 zile în special, Irina declară că nu se simte niciodată fericită, subliniind totuși că, pentru ea, sănătatea este factorul determinant al bunăstării sale. Evaluând gradul de afectare emoțională din ultimele 3 zile, am constatat un scor destul de ridicat, încadrându-se la nivelul de „scor moderat", simptomele anxietății și depresiei fiind reprezentate în proporții aproximativ egale (6A și 7D). Irina afirmă că în ultimele 3 zile s-a simțit tensionată din când în când, în cea mai mare parte a timpului trecându-i prin minte gânduri de îngrijorare. De asemenea ea afirmă că în ultimele 3 zile s-a bucurat foarte puțin de lucrurile care obișnuiau să o bucure, văzând foarte puțin partea amuzantă a lucrurilor. Din declarațiile sale am remarcat și pesimismul afișat de Irina asociat faptului că așteaptă foarte puțin să se bucure de anumite lucruri.

Cazul nr. 35, AB

Bianca, în vârstă de 66 de ani, a absolvit școala primară, ocupația ei fiind cea de casnică. Este căsătorită, locuiește cu soțul său și are un copil. Bianca descrie starea ei prezentă de sănătate ca fiind una proastă, ea aflând că suferă de o boală coronariană de 8 ani. Cauzele îmbolnăvirii sunt, în percepția Biancăi, stresul din familie, dar și cel profesional, lipsa banilor, precum și moștenirea genetică, declarând că unul dintre părinți a suferit de o boală cardiacă. Analiza comportamentelor asociate sănătății au în prim plan faptul că Bianca nu reușește să se adapteze la stresul cotidian din familie și cel de la locul de muncă, la stresul generat de lipsa banilor, la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar și că ea adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Astfel, s-a constatat că Bianca mănâncă rar la micul dejun, deseori alimentația sa este dezechilibrată din punct de vedere calitativ, fructe și legume proaspete consumând foarte rar. Referitor la odihnă, Bianca declară că se odihnește foarte rar în timpul zilei, iar sfârșitul săptămânii este folosit pentru relaxare foarte rar. Atunci când are timp liber preferă să „să croșeteze și să citească".

În continuare a fost realizată evaluarea stresorilor cu care Bianca s-a confruntat în ultima vreme. Bianca declară că stresorii cu care s-a confruntat în ultimul an au fost în special de natură familială, printre aceștia ea enumerând evenimente precum moartea unui membru apropiat al familiei, anumite situații conflictuale în familie, unele schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei, dar și stresori asociați unor probleme financiare semnificative. La nivel personal și boala cardiacă reprezintă pentru ea un stresor important.

Ca resurse în combaterea stresorilor percepuți de Bianca, au fost evaluate atât resurse sociale precum surse de sprijin ca familia, prietenii, vecinii, cât și resurse personale, dintre acestea fiind analizată localizarea controlului ca atitudine de evaluare a situației sale de sănătate și a contextului acesteia. Astfel, Bianca descrie viața ei de familie ca fiind dominată de „înțelegere", ea locuind în prezent cu soțul său. Alte surse de sprijin social pe care Bianca le percepe ca fiind la dispoziția ei sunt 2 rude. Se remarcă faptul că Bianca declară că a rămas fără sprijinul părinților încă de la vârsta de 12 ani, aceștia decedând în urma unui accident, în prezent ea nepercepând, în afară de soțul său și cele 2 rude, nicio altă sursă de sprijin (vreun prieten sau vreun vecin). Cât privește percepția funcționării diferitelor tipuri de suport social, se remarcă faptul că percepția utilității sale în anumite situații este una de redusă. Astfel, Bianca percepe un sprijin emoțional redus, declarând că atunci când se simte singură, nu există persoane cu care să poată discuta, simțind, în același timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăși temerile și fricile ei. Totuși, ea afirmă că există câteva persoane în care are încredere care ar ajuta-o în situația în care ar avea nevoie. Așadar, nevoia Ioanei de suport emoțional este evidentă, în timp ce nevoia de sprijin informațional este percepută în proporția cea mai redusă. În acest sens, ea declară că, în situația în care ar apărea o criză în familia ei, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă. În același timp, Bianca pare a avea probleme legate de existența unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere în general și să obțină sfaturi bune legate de problemele financiare în mod special. Cu privire la sprijinul material perceput de Bianca, ea pare a nu avea probleme în găsi o persoană care să-i împrumute o sumă mare de bani în cazul în care ar avea nevoie, s-o sprijine la treburile de zi cu zi, dar consideră că, dacă ar avea nevoie de cineva care s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie, nu există cineva la care poate apela.

Legat de efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării emoționale a Biancăi în general și a efectelor bolii cardiace din ultimele 3 zile în special, Bianca declară că se simte uneori fericită, ceea ce o face fericită fiind *„înțelegerea, banii pentru a putea să cumperi orice și liniștea sufletească"*. Scorul obținut de ea în urma aplicării scalei de evaluare a anxietății și depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „severitate", simptomele ambelor tulburări fiind reprezentate în proporții aproximativ egale (13A, 10D). Ea s-a simțit în ultimele 3 zile în cea mai mare parte a timpului tensionată, având foarte des un sentiment de teamă ca și când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte în cea mai mare parte a timpului gânduri de îngrijorare, nu s-a simțit deloc veselă, optimistă și s-a simțit foarte des ca și când ar fi la pământ. De asemenea, în ultimele 3 zile nu a putut sta liniștită și nu s-a putut relaxa deloc, având destul de des un sentiment de frică, de *gol în stomac.* Vezi anexa 7.

Cazul nr. 16 , CM

Maria, în vârstă de 50 de ani, absolventă a 8 clase, lucrează în prezent ca menajeră. Ea locuieşte singură, fiind văduvă de aproximativ un an şi are un copil. Întrebată cum ar descrie starea ei de sănătate, Maria declară că aceasta nu este aşa de bună. A aflat că suferă de o boală coronariană de aproximativ 3 luni, cauza fiind, în percepţia ei, stresul de la locul de muncă, caracterizând viaţa de la locul său de muncă ca fiind una „foarte stresantă". Analiza comportamentelor asociate sănătăţii au în prim plan faptul că Maria nu reuşeşte să se adapteze la stresul cotidian de la locul de muncă. În urma evaluării comportamentelor asociate sănătăţii se poate concluziona că Maria mănâncă rar o dietă echilibrată, dar, cu toate acestea alimentaţia sa cuprinde foarte des fructe şi legume proaspete. Odihna şi petrecerea timpului liber, un factor psihosocial important în menţinerea stării de sănătate nu intră în atenţia Mariei. Astfel, în timp ce aceasta acordă foarte rar odihnei din timpul zilei importanţă, întrebată cum obişnuieşte să-şi petreacă timpul liber, Maria declară că nu are timp liber.

În continuare au fost evaluaţi stresorii cu care Maria s-a confruntat în ultimul an, aceştia fiind în proporţii egale generaţi de mediul familial şi de cel profesional. Stresorii de natură profesională au fost asociaţi cu schimbarea locului de muncă şi cu existenţa a numeroase situaţii conflictuale cu colegii, în timp ce printre stresorii de natură familială au fost amintiţi decesul soţului său, precum şi căsătoria şi plecarea fiului ei de acasă. Remarcăm, şi de această dată, că stresorul considerat ca fiind cel mai solicitant de către cercetători (moartea soţului) este implicat în evaluarea psihosocială a unei paciente cu risc psihosocial înalt. Referitor la viaţa sa familială şi la suportul social oferit de familie şi de alte surse de sprijin informale sau formale a fost remarcat faptul că Mariei îi este greu să descrie viaţa ei de familie, ea locuind singură în prezent. Reţeaua sa socială de sprijin este una destul de firavă singurele surse de sprijin pe care ea le percepe ca fiind la dispoziţia sa fiind mama sa, 2 rude şi un vecin. Maria afirmă că nu are niciun prieten, ea neavând încredere în oamenii din jurul său. Analizând percepţia Mariei cu privire la funcţionalitatea surselor de sprijin reduse după cum s-a observat ca număr, se remarcă faptul că percepţia utilităţii sale în anumite situaţii este una redusă. Astfel, Maria declară că nu există persoane în care să aibă încredere că ar ajuta-o dacă ar avea nevoie. Cu toate acestea, ea declară că, atunci când se simte singură, există persoane cu care poate discuta, în acelaşi timp fiind conştientă şi de existenţa unei persoane cu care, în caz de nevoie, să poată împărtăşi temerile şi fricile sale. Aşadar, pare că Maria are nevoie de sprijin emoţional, mai ales în măsura în care ea ar dori să-şi recapete încrederea în oamenii care vor să o ajute. Altfel, e posibil ca la un moment dat să se simtă copleşită de sarcinile de adaptare la viaţa cotidiană, epuizarea resurselor sale putând genera efecte şi în planul stării sale de sănătate. Neîncrederea în persoanele din jur se manifestă şi în momentul evaluării sprijinului informaţional Maria

declarând că, deşi, în situaţia în care ar apărea o criză în viaţa ei nu ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă şi să obţină sfaturi bune legate de problemele financiare, ea pare a avea probleme legate de existenţa unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere.

O nevoie mai evidentă este cea de suport material. Cu privire la sprijinul material perceput de Maria, ea pare a nu avea probleme în găsi o persoană care s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie, dar consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare de bani, nu există cineva de la care să-i poată obţine. Ea declară, de asemenea, că, în situaţia în care s-ar îmbolnăvi, nu ar găsi pe cineva care s-o ajute la treburile de zi cu zi.

Localizarea controlului pare a fi o resursă bună a Mariei în adaptarea la stresori, localizarea internă a controlului fiind una evidentă, cu toate că, la un moment dat, Maria afirmă că este de acord cu afirmaţia că cele mai multe lucruri care-i pot afecta starea de sănătate ţin de şansă.

În final a fost evaluată starea de bunăstare emoţională a Mariei prin evaluarea stării sale de fericire în general, dar şi starea sa emoţională din ultimele 3 zile aşa cum este percepută de aceasta. Astfel, Maria declară că se simte uneori fericită, ceea ce o face fericită fiind „realizarea copiilor ei". Scorul obţinut de ea în urma aplicării scalei de evaluare a anxietăţii şi depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „severitate", simptomele ambele tulburări (anxietate şi depresie) fiind reprezentate în proporţii aproximativ egale (7D, 10A) cu o uşoară dominare a stării de anxietate. Punctual ea declară că, în ultimele 3 zile, a avut un sentiment de teamă ca şi când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte în cea mai mare parte a timpului gânduri de îngrijorare, nu prea a putut sta liniştită şi nu prea s-a simţit relaxată. În acelaşi timp, s-a simţit puţin veselă şi s-a simţit foarte des ca şi când ar fi la pământ, dominant fiind şi sentimentul de frică.

Cazul nr. 20, SI

Ileana, în vârstă de 84 de ani, a absolvit 4 clase şi a lucrat în comerţ, ca şef de unitate şi casieră. În prezent, locuieşte singură, fiind văduvă şi neavând copii. A aflat că suferă de o boală coronariană de aproximativ 1 lună, cauzele fiind, în percepţia ei vârsta şi căzătura întâmplată în urmă cu o lună, decriind starea ei prezentă de sănătate ca fiind nu aşa de bună. În urma evaluării comportamentelor asociate sănătăţii se poate constata că Ileana ia micul dejun în mod constant şi mănâncă des o dietă echilibrată. Singura sa problemă pare a fi asociată cu odihna, ea odihnindu-se rar în timpul zilei, în schimb preferând să-şi petreacă timpul liber preferă ocupându-se de *grădinărit*.

În continuare am evaluat componentele stresului social, Ileana declarând că, în ultimul an, stresorii cu care s-a confruntat au fost, în special de natură personală şi familială. În plan personal ea a fost nevoită să facă o serie de

schimbări în obiceiurile legate de somn sau alimentație, iar în plan familial s-a confruntat cu numeroase situații conflictuale în familie, dar și cu schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei. Și apariția bolii cardiace a însemnat pentru ea un stresor important în ultimul an.

Cât privește resursele sociale ale Ilenei, acestea sunt deficitare, ea fiind văduvă și locuind singură. Alte surse de sprijin social pe care Ileana le percepe ca fiind la dispoziția ei sunt o rudă și 3 vecini. În schimb ea nu mai are niciun prieten. Evaluând funcționalitatea suportului social perceput s-a constatat că percepția utilității acestuia în anumite situații este una de redusă. Astfel, Ileana declară că atunci când se simte singură, există persoane cu care să poată discuta. În același timp, însă, simte că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăși temerile și fricile ei. Totuși, ea afirmă că există câteva persoane în care are încredere că ar ajuta-o dacă ar avea nevoie. Așadar se remarcă nevoia Ioanei de suport emoționa. În aceeași proporție este resimțită și nevoia de suport informațional. Astfel, deși declară că în situația în care ar apărea o criză în viața ei, nu i-ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă, există dificultăți în a găsi o persoană de la care să obțină sfaturi bune legate de problemele financiare.

Cu privire la sprijinul material perceput de Ileana, ea pare a nu avea probleme în a găsi o persoană care s-o sprijine la treburile de zi cu zi sau s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie, dar consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, nu există cineva de la care să-i poată obține.

Legat de efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării emoționale a Ilenei în general și a efectelor bolii cardiace din ultimele 3 zile în special, Ileana declară că se simte uneori fericită, ceea ce o face fericită fiind nepotul ei, care este student. Scorul obținut de ea în urma aplicării scalei de evaluare a anxietății și depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „severitate", ambele tulburări fiind reprezentate în proporții aproximativ egale, cu o dominare a simptomelor anxietății (12A, 7D). Ea s-a simțit în ultimele 3 zile în cea mai mare parte a timpului tensionată, având foarte des și foarte intens un sentiment de teamă ca și când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte în cea mai mare parte a timpului gânduri de îngrijorare, și având foarte des un sentiment de frică, de „gol în stomac". În același timp, nu se mai bucură atât de mult de lucrurile care o bucurau în mod obișnuit, nu mai poate să râdă și să vadă partea amuzantă a lucrurilor și se simte foarte des ca și când ar fi „ la pământ".

Cazul nr. 24, BV

Valentin, în vârstă de 53 de ani, a absolvit liceul și, în prezent, lucrează ca electronist. Este căsătorit și locuiește cu cei 5 copii ai săi și cu soția sa. El descrie starea sa de sănătate ca fiind nu așa de bună, după ce a aflat că suferă de o boală

coronariană de aproximativ 1 an. Una dintre cauzele îmbolnăvirii percepute este stresul de la locul de muncă, caracterizând viața de la locul său de muncă ca fiind un „adevărat balamuc". Alte cauze ale îmbolnăvirii percepute de Valentin sunt lipsa banilor, fumatul, moștenirea genetică și stresul din familie. Analiza comportamentelor asociate sănătății au în prim plan faptul că Valentin nu reușește să se adapteze la stresul cotidian de la locul de muncă, la cel din familie, la cel generat de lipsa banilor sau la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar și că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Astfel, pe lângă fumat, se constată că Valentin mănâncă rar la micul dejun. Cu toate acestea, el declară că are o dietă echilibrată care cuprinde multe fructe și legume proaspete. În schimb, se odihnește rar în timpul zilei, folosește foarte rar sfârșitul săptămânii doar pentru relaxare, în timpul său liber preferând să stea cu familia.

Așa cum percepe și el drept cauza a îmbolnăvirii sale, stresul, atât în plan profesional, cât și în plan familial, a fost unul accentuat de stresorii cu care Valentin s-a confruntat în ultimul an. Printre stresorii de natură profesională, el include schimbarea locului de muncă și necesitatea de face numeroase schimbări în responsabilitățile sale de la locul de muncă. În plan familial, Valentin declară că în ultimul an a intrat un membru nou în familia sa (un nepot) și s-a confruntat cu schimbări în starea de sănătate a unui membru al familiei. Și în plan personal, el s-a confruntat cu doi stresori: moștenirea unei averi și apariția bolii cardiace.

În continuare am evaluat resursele sociale la care Valentin poate apela în situații de stres. Valentin locuiește în prezent cu soția și cu copiii săi, descriind viața sa de familie ca fiind una „aglomerată". O altă sursă de sprijin percepută de Valentin este un prieten, remarcându-se faptul că nu există părinți,alte rude sau vecini care să fie percepuți ca surse de sprijin. Cât privește tipurile de suport social, se remarcă faptul că Valentin percepe utilitatea sa în anumite situații ca fiind una extrem de redusă. Astfel,el declară că atunci când se simte singur, nu există persoane cu care să poată discuta, simțind, în același timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăși temerile și fricile sale. De asemenea, el afirmă că nu există persoane în care să aibă încredere că l-ar ajuta dacă ar avea nevoie. Așadar, nevoia lui Valentin de suport emoțional este evidentă. Suportul informațional este perceput în aceeași proporție redusă. Astfel, Valentin declară că, în situația în care ar apărea o criză în viața sa, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă. În același timp pare a avea probleme legate de existența unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere în general, și să obțină sfaturi bune legate de problemele financiare în mod special. Cu privire la sprijinul material perceput de Valentin, el pare a avea probleme în a găsi o persoană care să-l sprijine la treburile de zi cu zi sau să-l transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie și consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut mai mare de bani, nu există cineva de la care să-i poată obține.

Evaluând una dintre cele mai importante resurse personale în combaterea situațiilor stresante, respectiv localizarea controlului, aceasta pare a fi o resursă bună în cazul lui Valentin, localizarea internă a acestuia controlului putând facilita o adaptare mai bună la stresori în general şi la îmbolnăvire în special. În acest sens, deşi localizarea controlului său este una internă, Valentin se declară de acord cu afirmația că cele mai multe lucruri care-i pot afecta starea de sănătate țin de şansă şi că ceilalți joacă un rol important atunci când starea sa de sănătate se îmbunătățeşte, este aceeaşi sau se înrăutățeşte.

Privind efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării emoționale a lui Valentin în general şi a efectelor bolii cardiace din ultimele 3 zile în special, Valentin declară că se simte uneori fericit, neştiind să spună ce anume îl face fericit. Scorul obținut de el în urma aplicării scalei de evaluare a anxietății şi depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „moderat", ambele tulburări fiind reprezentate în proporții aproximativ egale (6A şi 5D). În ultimele 3 zile, el s-a simțit în cea mai mare parte a timpului destul de mult timp tensionat, neputând să stea prea des liniştit şi să se simtă relaxat. În acelaşi timp declară că nu s-a simțit deloc vesel, optimist în ultimele zile, simțindu-se uneori ca fiind la pământ.

Cazul nr. 19, CS

Sandu, în vârstă de 58 de ani, a absolvit 4 clase şi, în prezent, lucrează ca zidar. Este căsătorit, are 7 copii şi locuieşte împreună cu soția sa. El descrie starea lui de sănătate ca fiind una bună, în urmă cu aproximativ 1 săptămână fiind diagnosticat cu boală coronariană. În percepția sa cauzele îmbolnăvirii țin de lipsa banilor, de alimentația necorespunzătoare, de lipsa exercițiilor fizice şi, nu în ultimul rând, de stresul din familie. Analiza comportamentelor asociate sănătății au în prim plan faptul că Sandu nu reuşeşte să se adapteze la stresul cotidian din familie, la stresul generat de lipsa banilor sau la cel generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar şi că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Astfel, pe lângă lipsa exercițiilor fizice, un alt comportament nesănătos este reprezentat de alimentația necorespunzătoare. Astfel, se constată faptul că mănâncă foarte rar la micul dejun şi că mănâncă rar o dietă echilibrată. Odihna este un alt factor comportamental ignorat de Sandu, el declarând că nu prea se odihneşte în timpul zilei, în timp ce sfârşitul săptămânii îl foloseşte rar doar pentru relaxare. În acelaşi timp nu declară că ar exista modalități de petrecere a timpului liber în ceea ce-l priveşte, pentru că „nu are timp liber".

Sandu afirmă că, în ultimul an, stresorii cu care s-a confruntat au fost, în special de natură familială, el declarând că s-a confruntat cu plecarea fiului de acasă şi cu moartea unui membru apropiat al familiei. De asemenea, declară că a avut numeroase probleme cu şeful la locul de muncă. Şi apariția bolii cardiace a însemnat pentru el un stresor important.

În continuare au fost evaluate resursele sociale la care Sandu poate apela în caz de nevoie. Principala sursă de sprijin percepută de Sandu este familia sa, respectiv soția şi copiii săi. O singură altă sursă pe care Sandu o percepe ca fiind la dispoziția sa este un vecin, el nepercepând sprijin din partea niciunei rude sau prieten. Cât priveşte tipurile de suport social, percepția utilității sale în anumite situații este una de redusă. Astfel, Sandu declară că atunci când se simte singur, există persoane cu care să poată discuta, simțind, în acelaşi timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi temerile şi fricile sale. Totuşi, el afirmă că există câteva persoane în care are încredere că l-ar ajuta dacă ar avea nevoie. Aşadar, nevoia lui Sandu de suport emoțional este evidentă. Suportul informațional este perceput într-o proporție extrem de redusă, nevoia de un astfel de suport având ponderea cea mai mare. Astfel, Sandu declară că în situația în care ar apărea o criză în viața sa, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă şi pare a nu exista o persoană în al cărei sfat să aibă încredere. Cu privire la sprijinul material perceput de Sandu, el nu are probleme în găsi o persoană care s-o sprijine la treburile de zi cu zi sau s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie şi consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, există cineva de la care să-i poată obține. Aşadar nu se evidențiază nicio nevoie de ordin material în cazul lui Sandu.

Localizarea controlului nu pare a fi o resursă bună a lui Sandu în adaptarea la stresori. El consideră că cele mai multe lucruri care-i pot afecta starea de sănătate țin de şansă, că ceilalți joacă un rol important atunci când starea sa de sănătate se îmbunătățeşte, este aceeaşi sau se înrăutățeşte. De asemenea, el declară că orice îmbunătățire a stării sale de sănătate este în mare măsură o chestiune de noroc.

Cu privire la efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării sale emoționale generale, Sandu declară că se simte deseori fericit, ceea ce îl face fericit fiind starea lui bună de sănătate. Referitor la efectele bolii cardiace din ultimele 3 zile, scorul obținut de el în urma aplicării scalei de evaluare a anxietății şi depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „severitate", tulburările anxioase fiind reprezentate în proporții net superioare celor privind tulburările depresive. El s-a simțit în ultimele 3 zile destul de mult timp tensionat, având foarte des şi foarte intens un sentiment de teamă ca şi când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte în cea mai mare parte a timpului gânduri de îngrijorare. În acelaşi timp, s-a simțit puțin vesel, având deseori un sentiment de *gol în stomac.*

Cazul nr. 21, GM

Marin, în vârstă de 57 de ani, a absolvit liceul şi lucrează ca lucrător comercial. Este căsătorit, are 3 copii, locuind împreună cu soția şi copiii săi. În urmă cu 5 luni a aflat că suferă de aritmii cardiace, descriind starea sa de sănătate

prezentă ca fiind nu aşa de bună. Printre cauzele percepute de el ca având un rol important în declanşarea îmbolnăvirii sale este stresul de la locul de muncă, el descriind viaţa de la locul său de muncă ca fiind una „hotărâtă". De altfel, Marin se descrie ca fiind „delăsător" în viaţa sa de familie şi „hotărât" în viaţa sa profesională. Alte cauze ale îmbolnăvirii sale sunt, în percepţia sa, alimentaţia necorespunzătoare, fumatul, stresul din familie şi moştenirea genetică. Analiza comportamentelor asociate sănătăţii au în prim plan faptul că Marin nu reuşeşte să se adapteze la stresul cotidian din familie, la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar şi că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Astfel, pe lângă fumat, un alt comportament nesănătos este reprezentat de alimentaţia necorespunzătoare. Astfel, se constată faptul că Marin mănâncă foarte rar la micul dejun şi că, foarte rar, mănâncă o dietă echilibrată. De asemenea, Marin declară că în timpul zilei se odihneşte foarte rar, în timp ce sfârşitul săptămânii îl foloseşte doar pentru relaxare foarte rar. În timpul său liber preferă „să se joace pe calculator, să se întâlnească cu prietenii, să stea cu familia, să asculte muzică şi să citească".

Analizând procesele stresului în contextul apariţiei îmbolnăvirii sale, se constată că, în ultimul an, Marin s-a confruntat cu stresori atât de natură personală, familială, cât şi cu stresori de natură profesională. În plan personal, el declară că a moştenit o avere şi că a fost afectat de decesul unui prieten foarte drag, iar în plan profesional s-a confruntat cu schimbarea locului de muncă, având numeroase probleme cu şeful. Stresorii din mediul familial apăruţi în ultimul an au fost moartea unui membru apropiat al familiei şi confruntarea cu numeroase situaţii conflictuale din familie. Şi apariţia bolii cardiace a însemnat pentru el un stresor important.

În continuare au fost analizate percepţiile lui Marin cu privire la sursele de sprijin social şi funcţionalitatea acestora. Astfel, alte surse de sprijin social, în afara soţiei şi copiilor cu care locuieşte în prezent, pe care Marin le percepe ca fiind la dispoziţia sa sunt aproximativ 7 prieteni. Se remarcă inexistenţa în rândul surselor de sprijin a părinţilor săi, decedaţi, dar şi a altor rude sau vecini. Cât priveşte tipurile de suport social, se remarcă faptul că percepţia utilităţii structurii de suport social în anumite situaţii este una de redusă. Astfel, Marin declară că, nu există persoane în care să aibă încredere că l-ar ajuta dacă ar avea nevoie şi că simte că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi cele mai multe dintre temerile şi fricile sale. Totuşi, el afirmă că, atunci când se simte singur, există persoane cu care să poată discuta. Aşadar nevoia lui Marin de suport emoţional este evidentă. Suportul informaţional este perceput într-o proporţie mai mare, el declarând că nu există cineva în care să aibă încredere că-i dă un sfat bun legat de problemele financiare. În acelaşi timp el declară că, în situaţia în care ar apărea o criză în viaţa sa, nu ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problema şi nu pare a avea probleme legate de existenţa

unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere. Cu privire la sprijinul material perceput de Marin, el pare a nu avea probleme în găsi o persoană care s-o sprijine la treburile de zi cu zi sau s-o transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie, dar consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, nu există cineva de la care să-i poată obţine.

Cu privire la efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării sale emoţionale generale, Marin declară că se simte uneori fericit, ceea ce îl face fericit fiind „sinceritatea, prietenia, banii". Referitor la efectele bolii cardiace din ultimele 3 zile, scorul obţinut de el în urma aplicării scalei de evaluare a anxietăţii şi depresiei în spital a fost unul scăzut, încadrându-se la nivelul de „normal", tulburările de tip anxios fiind mai des raportate comparativ cu cele depresive. Astfel, el declară că s-a simţit în ultimele 3 zile destul de mult timp tensionat, trecându-i prin minte, în cea mai mare parte a timpului, gânduri de îngrijorare.

Cazul nr. 5 , EP

Petre, în vârstă de 75 de ani, a absolvit facultatea, a lucrat ca profesor, în prezent fiind pensionar. Locuieşte singur, fiind văduv şi are un copil. În urmă cu peste 7 ani, a aflat că suferă de o boală coronariană, în prezent descriind starea sa de sănătate ca fiind una nu aşa de bună. Cauzele îmbolnăvirii sunt, în percepţia sa, stresul de la locul de muncă, lipsa banilor, alimentaţia necorespunzătoare, lipsa exerciţiilor fizice şi fumatul. Analiza comportamentelor asociate sănătăţii au în prim plan faptul că Petre nu reuşeşte să se adapteze la stresul cotidian de la locul de muncă, la stresul generat de lipsa banilor sau la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar şi că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Comportamentele asociate sănătăţii au în prim plan, pe lângă anumite comportamente nesănătoase cum ar fi fumatul, lipsa exerciţiilor fizice sau alimentaţia necorespunzătoare, faptul că Petre se odihneşte rar în timpul zilei şi foloseşte rar sfârşitul săptămânii doar pentru relaxare. În timpul său liber preferă să citească, să se uite la TV şi să vorbească la telefon.

Petre descrie viaţa sa de familie ca fiind una „bună şi normală", cu toate că este văduv, locuind în prezent singur. Sursele de sprijin social pe care Petre le percepe ca fiind la dispoziţia sa, sunt aproximativ 3 rude, un prieten şi un vecin. Cât priveşte tipurile de suport social, se remarcă faptul că, utilitatea acestui tip de sprijin, în anumite situaţii, este percepută ca fiind una redusă. Astfel, Petre declară că atunci când se simte singur, nu există persoane cu care să poată discuta, simţind, în acelaşi timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi temerile şi fricile sale. Totuşi, el afirmă că există câteva persoane în care are încredere că l-ar ajuta dacă ar avea nevoie. Aşadar, nevoia lui Petre de suport emoţional este evidentă. Suportul informaţional este perceput într-o proporţie mai mare, el declarând că, în situaţia în care ar apărea o criză în viaţa sa, pare a avea probleme legate de existenţa unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere. Cu

toate acestea, el afirmă că nu ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă şi să obţină sfaturi bune legate de problemele financiare. Cu privire la sprijinul material perceput de Petre, el declară că poate găsi o persoană care să-l transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie şi că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, există cineva de la care să-i poată obţine. În acelaşi timp, însă, consideră că ar avea probleme în a găsi o persoană care să-l sprijine la treburile de zi cu zi în situaţia în care s-ar îmbolnăvi.

Localizarea controlului pare a fi o resursă bună a lui Petre în adaptarea la stresori, el declarând că e direct responsabil atunci când starea sa de sănătate devine mai bună sau mai rea, fiind de acord şi cu faptul că boala sa s-ar înrăutăţi dacă nu ar avea suficientă grijă de el. În acelaşi timp, însă, Petre consideră că, orice merge rău legat de starea sa de sănătate nu se întâmplă din vina sa şi că orice îmbunătăţire care apare în starea sa de sănătate este în mare măsură o chestiune de noroc. Aceste credinţe îi pot influenţa într-un mod nefavorabil comportamentul de menţinere a stării sale de sănătate.

Făcând referire la efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării sale generale emoţionale, Petre declară că se simte uneori fericit, ceea ce îl face fericit fiind „fericirea altora". Cât priveşte efectele pe care boala cardiacă le-a avut asupra stării sale emoţionale în ultimele 3 zile, scorul obţinut de el în urma aplicării scalei de evaluare a anxietăţii şi depresiei în spital a fost unul scăzut, încadrându-se la nivelul de „normal". Cu toate acestea, tulburările de tip anxios au fost mai des semnalate de Petre, comparativ cu cele depresive. Astfel, el declară că în ultimele 3 zile nu a putut sta liniştit, nu s-a simţit relaxat prea des, trecându-i prin minte, din când în când, gânduri de îngrijorare.

Cazul nr. 34, OT

Tudor, în vârstă de 46 de ani, a absolvit 8 clase, a lucrat ca muncitor, în prezent fiind pensionar. Este căsătorit, locuind împreună cu soţia sa şi cu cei 5 copii. În urmă cu aproximativ 1 an a aflat că suferă de o boală coronariană, descriind starea sa de sănătate ca fiind una nu aşa de bună. Cauzele îmbolnăvirii sunt, în percepţia sa, lipsa banilor, alimentaţia necorespunzătoare, lipsa exerciţiilor fizice, fumatul, stresul din familie şi lipsa medicilor în zona în care locuieşte. Analiza comportamentelor asociate sănătăţii au în prim plan faptul că Tudor nu reuşeşte să se adapteze la stresul cotidian din familie, la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar şi că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Comportamentele asociate sănătăţii au în prim plan faptul că Tudor mănâncă foarte rar o dietă echilibrată şi foloseşte sfârşitul săptămânii doar pentru relaxare foarte rar. În timpul lui liber declară că preferă să se plimbe.

Tudor declară că stresorii cu care s-a confruntat în ultima vreme au fost, în special de natură familială, el declarând că, în ultimul an, a avut numeroase

situaţii conflictuale în familie, generate probabil de alte două evenimente familiale importante: plecarea unuia dintre copii din casa părintească şi intrarea unui membru nou în familie ocazionată de căsătoria unuia dintre fii. Se poate considera că familia sa a necesitat adaptări considerabile la nivelul structurii şi funcţionării sale. În afara stresului din familie, au existat şi stresori de natură personală ce au vizat probleme cu legea, dar şi probleme financiare semnificative în ultimul an. Şi, nu în ultimul rând, apariţia bolii cardiace a însemnat pentru el un stresor important.

Tudor locuieşte în prezent cu soţia şi copiii săi. Cu toate acestea, el declară că nu se întâlneşte şi nu vorbeşte la telefon prea des cu copiii săi, considerând chiar că aceştia nu pot fi percepuţi ca posibile surse de sprijin, în caz de nevoie. Alte surse de sprijin social pe care Tudor le percepe ca fiind la dispoziţia sa sunt aproximativ 5 rude, 7 prieteni şi în jur de 8 vecini. Aşadar, remarcăm că Tudor, deşi nu pare integrat în familia sa, reţeaua sa socială este una consistentă din punct de vedere structural. Cât priveşte tipurile de suport social, se remarcă faptul că, deşi structura suportului este destul de consistentă, percepţia utilităţii sale în anumite situaţii este una extrem de redusă. Astfel, Tudor declară că, atunci când se simte singur, nu există persoane cu care să poată discuta, simţind, în acelaşi timp, că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi temerile şi fricile ei. El afirmă, de asemenea, că nu există persoane în care să aibă încredere că l-ar ajuta dacă ar avea nevoie. Aşadar, nevoia lui Tudor de suport emoţional este evidentă. Suportul informaţional este perceput într-o proporţie mai mare comparativ cu suportul emoţional. Astfel, deşi el declară că, în situaţia în care ar apărea o criză în viaţa sa, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă şi că ar avea probleme în a obţine sfaturi bune legate de problemele financiare, nu pare a avea probleme să găsească o persoană în al cărei sfat să aibă încredere. Cu privire la sprijinul material perceput de Tudor, acesta pare a nu avea probleme în găsi o persoană care să-l sprijine la treburile de zi cu zi sau să-l transporte la medic în cazul în care ar avea nevoie, dar consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, nu există cineva de la care să-i poată obţine.

Localizarea controlului pare a fi o resursă bună a lui Tudor în adaptarea la stresori, având în vedere punctajul ridicat obţinut de acesta la controlul intern, în urma aplicării scalei de evaluare a tipului de localizare a controlului. În acelaşi timp, el consideră că, dacă boala s-ar înrăutăţi, nu depinde doar de comportamentul său să se simtă bine din nou.

Legat de efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării sale emoţionale, Tudor declară că se simte deseori fericit, subliniind că „orice" îl poate face ferici. Cât priveşte efectele bolii cardiace din ultimele 3 zile asupra stării sale emoţionale, în urma aplicării scalei de evaluare a anxietăţii şi depresiei în spital, scorul obţinut de el a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „moderat",

tulburările anxioase fiind reprezentate în număr mai mare comparativ cu cele depresive. Astfel, el declară că, în ultimele 3 zile, s-a simțit în cea mai mare parte a timpului tensionat, având foarte des și foarte intens un sentiment de teamă ca și când ceva îngrozitor se va întâmpla. De asemenea, i-au trecut prin minte, în cea mai mare parte a timpului, gânduri de îngrijorare și a avut, foarte des, un sentiment de frică, de „gol în stomac".

Cazul nr. 22, IS

Iulian, în vârstă de 44 de ani, a absolvit facultatea și lucrează, în prezent, ca director de firmă. Este divorțat de 1 an, are un copil, și, în prezent, locuiește cu logodnica sa. În urmă cu aproximativ 7 luni a aflat că suferă de o boală coronariană și descrie starea sa de sănătate ca fiind una satisfăcătoare. Printre cauzele îmbolnăvirii sale un loc important este ocupat, în percepția sa, de stresul de la locul de muncă, el caracterizând viața de la locul său de muncă ca fiind una extrem de „agitată". Printre alte cauze amintite de Iulian ca stând la baza îmbolnăvirii sale sunt fumatul și stresul din familie. Analiza comportamentelor asociate sănătății au în prim plan faptul că Iulian nu reușește să se adapteze la stresul cotidian (din familie și de la locul de muncă), la stresul generat de îmbolnăvirea cardiacă, dar și că el adoptă o serie de comportamente nesănătoase. Astfel, în afară de fumat, se constată că Iulian mănâncă rar fructe și legume proaspete și că, în timpul zilei, se odihnește foarte rar. De asemenea, el declară că, în timpul său liber preferă „să se odihnească, să se întâlnească cu prietenii și să facă sport".

Iulian declară că în ultimul an stresorii cu care s-a confruntat au fost, în special de natură familială, el declarând că s-a confruntat cu plecarea fiicei de acasă, cu numeroase situații conflictuale în familie, cu separarea de soție, urmată de divorțul de aceasta. Nici stresorii de natură ocupațională nu au fost de neglijat în ultimul an, Iulian declarând că a avut și are în continuare probleme cu șeful, că s-a confruntat cu schimbări în responsabilitățile de la locul de muncă și cu schimbări legate de condițiile și orele de muncă. Și apariția bolii cardiace a însemnat pentru el un stresor important.

Iulian descrie viața sa de familie ca fiind ceva „rar", el asociind, probabil, ideea de familie fostei sale relații maritale și relației cu copilul său și mai puțin relației prezente în care este implicat, el declarând că în prezent locuiește cu logodnica sa. O altă sursă de sprijin social, pe lângă părinții săi și părinții partenerei sale, singura percepută de el este un prieten. Se constată, așadar, că în structura suportului său social, nu există alte rude sau vecini. În același timp, se remarcă faptul că percepția lui Iulian cu privire la utilitatea suportului social în anumite situații este una redusă. Astfel, Iulian declară că nu există o persoană în al cărei sfat să aibă cu adevărat încredere. Totuși, atunci când se simte singur, declară că există persoane cu care să poată discuta, simțind, în același timp, că

există persoane cu care să poată împărtăși temerile și fricile sale. Așadar nevoia lui Iulian de suport emoțional este mai puțin evidentă. La fel și în cazul suportului informațional. În cazul suportului material lucrurile se complică, Iulian declarând că, în situația în care ar apărea o criză în viața sa, ar fi dificil să găsească pe cineva care să-i dea un sfat bun despre cum să rezolve o problemă, nu pare a avea probleme legate de existența unei persoane în al cărei sfat să aibă încredere în general, și să obțină sfaturi bune legate de problemele financiare în mod special. Cu privire la sprijinul material perceput de Iulian, el pare a avea probleme în a găsi cu ușurință o persoană care s-o sprijine la treburile de zi cu zi în cazul în care ar avea nevoie și consideră că, dacă ar avea nevoie de un împrumut în bani mai mare, nu există cineva de la care să-i poată obține.

Localizarea controlului pare a fi o resursă bună a lui Iulian în adaptarea la stresori. Cu toate acestea, remarcăm faptul că Iulian nu crede că este direct responsabil atunci când starea sa de sănătate devine mai bună sau mai rea. În același timp nu consideră util sprijinul venit din partea altor oameni, el declarând că ceilalți nu joacă un rol important atunci când starea sa de sănătate se îmbunătățește, este aceeași sau se înrăutățește și, de asemenea, crede că nu depinde de ceilalți oameni cât de repede se va însănătoși.

Legat de efectele pe care stresorii le pot avea asupra bunăstării sale emoționale Iulian declară că se simte uneori fericit, ceea ce îl face fericit fiind „concediile". În ceea ce privește efectele bolii cardiace din ultimele 3 zile, scorul obținut de el în urma aplicării scalei de evaluare a anxietății și depresiei în spital a fost unul ridicat, încadrându-se la nivelul de „moderat", ambele tulburări emoționale fiind reprezentate în proporții aproximativ egale (7A, 7D). El s-a simțit în ultimele 3 zile destul de mult timp tensionat, având un sentiment de teamă ca și când ceva îngrozitor se va întâmpla, i-au trecut prin minte din când în când gânduri de îngrijorare, s-a simțit uneori vesel și, uneori, s-a simțit ca și când ar fi la pământ.

În continuarea acestei analize, au fost selectați, pentru o analiză mai profundă, atât teoretică, cât și empirică, doi dintre cei mai importanți factori psihosociali implicați în evoluția bolii cardiace: stresul și suportul social. Pentru a răspunde la întrebarea *Ce rol au stresul și suportul social în evaluarea riscului psihosocial la pacienții cu boli cardiace internați în spital în diferite faze ale îmbolnăvirii?* a fost realizată în rândul pacienților cardiaci internați în spital o cercetare, de această dată calitativă, la nivel psihosocial și individual. Unul dintre obiectivele propuse a fost evaluarea percepției pacienților cu privire la elementele stresului social ce însoțesc boala cardiacă, așa cum au fost descrise de sociologul Leonard Pearlin în 1989 (stresorii asociați îmbolnăvirii, mediatorii stresului: resurse de coping și resurse sociale și efectele stresului: emoționale, fizice sau comportamentale). Pentru această evaluare au fost selectați și intervievați 38 de participanți, bolnavi cardiaci internați în spitalul selectat, cărora li s-a aplicat un

interviu structurat, în profunzime, bazat pe o serie de instrumente validate de alte cercetări anterioare (*The Social Readjustment Rating Scale* elaborată de Holmes şi Rahe, *Social Network Index* elaborată de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi, *Interpersonal Support Evaluation List* elaborată de Sheldon Cohen şi colaboratorii săi, *Multidimensional Health Locus of Control* elaborată de Wallston, Stein şi Smith şi *Hospital Anxiety and Depression Scale* elaborată de Zigmond şi Snaith).

În scopul evaluării componentelor procesului stresului în rândul pacienţilor intervievaţi, au fost analizate mai multe dimensiuni: percepţia stării de sănătate actuale, cauzele percepute ale îmbolnăvirii, tipurile de stresori cu care pacienţii s-au confruntat în ultimul an, tipul de localizare a controlului ca resursă personală de coping cu boala, tipuri de surse de suport social percepute, percepţii cu privire la formele suportului social disponibile, gradul de distres emoţional asociat îmbolnăvirii şi internării în spital, starea de fericire şi determinanţii acesteia în rândul percepţiilor pacienţilor cardiaci, modalităţi de petrecere a timpului liber şi comportamente asociate sănătăţii şi bolii. Metodele utilizate pentru culegerea şi analiza datelor au fost ancheta pe bază de interviu şi studiul de caz.

În urma analizării rezultatelor obţinute, a fost calculat, pe baza distribuirii unor punctaje itemilor analizaţi, un scor privind riscul psihosocial în rândul celor 38 de pacienţi intervievaţi. Ulterior calculării acestor scoruri, au fost selectate 11 cazuri de pacienţi care au înregistrat cele mai mari scoruri ale riscului psihosocial şi au fost realizate studii de caz, analizându-se, în profunzime, experienţa acestor pacienţi în diferite contexte psihosociale şi în diferite etape ale evoluţiei bolii cardiace. Studiile de caz au fost reprezentate şi în formă grafică prin întocmirea de genograme combinate cu ecohărţi.

Capitolul 9

Satisfacţia pacienţilor cardiaci cu suportul social formal asociat aspectelor interpersonale ale relaţiei cu personalul medical şi de îngrijire din spital

„Practica medicinei este o artă, nu o meserie; o chemare, nu o afacere; o chemare în care inima şi capul sunt folosite în mod egal"
William Osler, 1904

9.1. Aspectele interpersonale ale relaţiei profesionist-pacient în contextul bolii cardiace

O altă preocupare a psihologilor sociali care încearcă să explice cauzalitatea şi efectele îmbolnăvirilor o reprezintă eficienţa pe care cei ce oferă servicii de sănătate o au în relaţia cu pacienţii. Această eficienţă devine necesară, atingerea scopului de a-i convinge pe pacienţi să adere la sugestiile lor depinzând de deprinderile specifice pe care le au profesioniştii.

Bolnavii cardiaci cronici sunt obligaţi să petreacă mult timp prin spitale şi ajung să simtă că pierd controlul asupra vieţii lor. În primul rând, viaţa din spital este foarte diferită de cea de acasă. De cele mai multe ori, ei nu pot decide când să mănânce, cu ce să se îmbrace, când să doarmă, când pot primi vizite şi, mai dificil, este că în acelaşi salon sunt internaţi mai mulţi pacienţi (chiar 6-8). Din lipsa banilor, condiţiile din spital sunt destul de proaste şi se poate ca bolnavul să asiste la agonia sau chiar la moartea unuia dintre vecinii săi de salon. O altă problemă cu care se confruntă pacientul şi care ar putea fi îndepărtată dacă personalul medical ar înţelege ce este mai important pentru bolnav, este aceea legată de izolarea de familie şi de cei dragi. Motivele acestei izolări apar fie din cauză că membrii familiei sunt ocupaţi cu serviciul şi nu se pot încadra în programul de vizită, fie pentru că familia este din provincie şi nu-şi poate permite să vină des în vizită. Multe dintre aceste lucruri sunt condiţionate de boală şi tratament, dar nu toate, iar acelea care nu sunt obligatorii pentru vindecarea bolnavului ar trebui ignorate. Pacienţii ar trebui să se bucure de mai multă libertate ca să-şi recupereze controlul asupra vieţii lor şi să aibă mai multă încredere că se vor vindeca. Personalul medical ar trebui să se recomande la intrarea în salon, să explice ce urmează să facă şi să acorde mai mult timp întrebărilor puse de pacienţi. Aceste proceduri ar duce la scăderea stresului din

timpul spitalizării care nu face decât să înrăutățească starea bolnavului. În același timp, bolnavii ar fi mai puțin stresați dacă o rudă apropiată ar putea sta cât mai mult cu ei în salon. S-a demonstrat că este benefic pentru un copil ca mama sa să stea cu el pe perioada spitalizării. Oare nu ar fi valabil și pentru soț/soție ca soția/soțul să poată sta cu el ?

Psihologul umanist Abraham Maslow era de părere că oamenii sănătoși trebuie să ajungă la un echilibru între nevoile biologice primare și cele de afecțiune și respect de sine. La omul bolnav acest echilibru nu mai există și echipa de specialiști împreună cu familia și cei apropiați trebuie să-l ajute să refacă acel echilibru pentru a se însănătoși.

Mai mult decât orice altă persoană, medicul are acces la unele dintre cele mai intime aspecte ale vieții pacientului: corpul său (interior și exterior), detalii despre stilul său de viață etc. Această intimitate unidirecționată poate conduce la un grad de dependență emoțională exercitat asupra medicului care este atipic celor mai multe relații pe care le au aceștia când interacționează cu alții. În ciuda importanței clare a relațiilor sociale și emoționale dintre medic și pacient, rolurile de medic și cel de pacient au fost privite, tipic în contextul aspectelor tehnice și fizice ale relației dintre aceștia.

Există date conform cărora aspectele sociale și emoționale ale relațiilor pacient-medic nu influențează doar tranziția interpersonală mutuală simțită de cei doi, ci poate rezulta într-o îngrijire medicală mai satisfăcătoare și mai eficientă (Feldman, 1985). Di Matteo și Friedman, în 1982, au sugerat că natura relațiilor are un efect asupra a cel puțin 3 zone critice: cooperarea pacientului, beneficiile tratamentului și satisfacția pacientului. Complianța cu sfaturile medicului este o problemă majoră a îngrijirii medicale contemporane, care estimează că noncomplianța a crescut de la 4 la 92% din pacienți. Stone (1979) afirmă că între o treime și o jumătate dintre pacienți nu urmează regimurile medicale prescrise de medicii lor. Câteva studii arată că modul în care medicul prezintă informația pacientului are un impact evident asupra complianței pacientului (Ley, 1982 cf. Feldman 1985). De exemplu, rețetele sau alte documente scrise pot fi vagi și pot conduce la o complianță slabă. Când un medic indică pacientului că o tabletă trebuie luată la masă, sfatul poate fi interpretat într-o varietate de moduri: înainte, în timpul sau după masă.

De asemenea, modul în care este transmisă informația poate avea un efect asupra cooperării pacientului. Medicii care sunt percepuți ca fiind aroganți, lipsiți de amabilitate sau insensibili la nevoile pacientului sunt predispuși să determine rate mai reduse ale complianței, comparativ cu medicii care sunt văzuți ca fiind interesați de bunăstarea psihologică a pacientului și de sănătatea sa fizică (Davis, 1968 cf. Feldman, 1985).

Motivul pentru care medicii au cel mai mare succes în promovarea complianței atunci când aceștia sunt atractivi din punct de vedere interpersonal

sau când sunt plăcuți și interesați de situația pacientului poate fi acela că un astfel de comportament pozitiv al pacientului tinde să crească emoțiile acestuia legate de alegeri și control asupra situației. Procedurile pentru a crește cooperarea unui pacient se bazează pe premisa lui Rodin și Janis (1979) care include: încurajarea moderată a pacientului pentru a se destăinui, a da un feedback pozitiv, acceptare și înțelegere, a face recomandări specifice pentru pacient.

Atunci când pacienții evaluează calitatea îngrijirii medicale pe care o primesc, în determinarea gradului de satisfacție pe care aceștia îl exprimă, natura relației medic-pacient este crucială. Acest aspect a fost sugerat și într-un studiu ce a examinat pe un eșantion de peste 1000 de familii gradul de satisfacție a acestora cu îngrijirea medicală. Majoritatea familiilor a considerat că sursa cea mai întâlnită de insatisfacție cu îngrijirea medicală a fost dificultatea în relația pacient-medic. Așadar, modul în care medicul și pacientul interacționează unul cu celălalt are unul dintre cele mai puternice efecte asupra satisfacției pacientului (Doyle și Ware, 1977 cf. Feldman, 1985).

Serviciile de sănătate și cele sociale își datorează existența utilizatorilor lor și, în consecință, trebuie să satisfacă, în totalitate, nevoile acestora. Astăzi, în România, atunci când un pacient este internat în spital, îi sunt rezolvate problemele medicale, deseori fiindu-i ignorate problemele din sectorul psihosocial al vieții. Astfel, acești pacienți primesc compasiunea și sprijinul cadrelor medicale, dar nicidecum o terapie completă. Nevoile lor psiho-sociale care de cele mai multe ori le însoțesc pe cele medicale sunt ignorate, aceasta conducând în multe cazuri chiar la amânarea rezolvării problemei medicale sau, de multe ori, la agravarea acesteia. Mai mult ca oricând, în România, cadrele medicale trebuie să depășească pragul intențiilor verbalizate demagogic de cei care văd medicina numai prin prisma modelului biomedical și să vadă profesia de medic sau asistentă medicală și prin prisma responsabilității, empatiei, comunicării, susținerii și sprijinului bolnavului și familiei sale. Astfel, dacă se dorește o îmbunătățire a calității îngrijirilor medicale, atunci două sunt atributele importante vizate: competența profesională a personalului medical și satisfacția pacienților.

În țările dezvoltate, spitalele și clinicile pun la dispoziția pacienților chestionare de satisfacție care evaluează nevoile acestora. Pacientul internat în spital, care adesea se comportă emotiv, sub amenințarea încordării prin care trece, are în mod justificat, nevoie de un tratament uman și de căldură. De aceea, este fundamental să se înțeleagă că relația interumană dintre pacient și cadrul medical trebuie să rămână neamenințată de dezvoltarea tehnologiei.

Relația dintre cadrul medical și pacient, care definește, în esență, conținutul activității medicale, este foarte complexă și implică, pe lângă dimensiunile psihologice individuale ale pacienților, pe de o parte, și ale personalului medical pe de altă parte, un complex de aspecte de ordin social și cultural. *Ea poate fi la fel de bine considerată ca o relație socială (între doi*

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

membri ai unor grupuri sociale distincte), o relație psihologică (ce pune față în față psihologii diferite), ca o relație culturală (care face să se confrunte în mod specific tipuri diferite de opinii, de valori, de atitudini și comportamente) (Rădulescu, 2000).

Într-o cercetare privind cunoașterea problemelor psihosociale ale pacienților, realizată în 1995, pe un eșantion de 1401 de pacienți adulți și 89 de medici, Pal Gulbrandsen și colaboratorii săi au constatat că există un evantai larg de probleme psiho-sociale cu impact asupra stării de sănătate a pacienților, probleme ce rămân în mare măsură nesesizate de către medici. Astfel, starea de tristețe a pacientului, conflictul grav cu o persoană apropiată, singuratatea, familia dezorganizată, condițiile de muncă stresante sunt probleme care, deși influențează starea de sănătate a pacienților, nu au fost sesizate de cadrele medicale. În același timp, un simptom sau o procedură pot induce o stare de "alarmă" dacă sunt percepute și interpretate ca amenințări. Reinterpretarea simptomelor, explicarea efectuării anumitor proceduri, redirecționarea atenției către idei pozitive sau către relaxare, ca urmare a unei bune comunicări cu personalul medical și de îngrijire, permit pacientului un control mai mare asupra propriei condiții fizice și psihice. De asemenea, există studii care arată că satisfacția pacientului cu cantitatea de informații primită este puternic asociată cu respectarea indicațiilor recomandate de medic (Locker, 1986 cf. Nezu et al., 2003). Alte studii realizate în rândul pacienților mulțumiți de îngrijirea medicală primită, menționează faptul că pacienții au tendința de a aprecia mai mult calitățile personale ale cadrelor medicale decât abilitățile lor tehnice sau profesionale. În acest sens, disponibilitatea personalului medical și de îngrijire de a furniza informații, de a acorda pacienților o parte din timpul lor și de a le oferi explicații detalitate cu privire la diagnostic și tratament, e considerată ca indicator al grijii generale față de pacienți și față de bunăstarea lor.

9.2. Premisele cercetării

Pacienții au devenit în ultimul timp tot mai implicați în evaluarea îngrijirii lor medicale. În scopul de a măsura satisfacția pacienților, deși nu există instrumente universal acceptate, profesioniștii din domeniul îngrijirii sănătății au dezvoltat astfel de instrumente care pot oferi profesioniștilor un feedback al pacienților cu privire la serviciile de care au beneficiat.

Aspectele interpersonale ale îngrijirilor de sănătate influențează satisfacția cu privire la actul medical sau de îngrijire. Evaluarea acestor aspecte oferă o apreciere cuantificabilă a stării de mulțumire a pacienților, stare de mulțumire care poate avea influențe în buna desfășurare a actului medical. Aspectele interpersonale ale îngrijirilor de sănătate se referă la procesul de comunicare

dintre pacient și personalul medical, în care sunt cuprinse elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate, relațiile sociale și psihologice, informațiile primite de la pacient, precum și explicațiile cu privire la boală și tratament oferite de personalul medical și de îngrijire.

Când comunicarea este de foarte bună calitate, concomitent cu impresia bună asupra pacienților, se constată o corecție a unor tulburări din biologia organismului. Spre exemplu, studii întreprinse în rândul bolnavilor hipertensivi au arătat că, în urma conversației cu personalul medical, în care acesta a demonstrat abilități dezvoltate de comunicare, valorile tensiunii arteriale au scăzut. Așadar, comunicarea este procesul cheie în domeniul îngrijirii sănătății, fie că este vorba de comunicarea dintre medic și pacient, fie că vorbim de comunicarea dintre diverși profesioniști și public, în general. Cea mai importantă este comunicarea dintre medic și pacient întrucât ea furnizează, în bună parte, datele necesare stabilirii diagnosticului. Din cauza prevalenței în creștere a bolilor cronice, comunicarea eficientă dintre medic și pacient capătă o importanță tot mai mare, medicul intervenind nu doar pentru tratarea bolii, ci și pentru a ajuta pacientul să rezolve problemele generate de apariția bolii. De aceea, însușirea unei înalte competențe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniștii din domeniul sănătății (Zanc și Lupu, 1999).

9.3. Obiectivele și metodologia cercetării

Obiectivul cercetării a fost evaluarea gradului de satisfacție al pacienților cu aspectele interpersonale ale relației dintre pacienții internați în spital și membrii echipei de îngrijire (medic, asistentă medicală sau infirmieră).

Pentru evaluarea gradului de satisfacție a pacienților internați în spital cu aspectele interpersonale ale relației cu personalul medical și de îngrijire au fost selectați 97 de pacienți, internați de cel puțin 3 zile în Departamentul de Cardiologie al unui spital din București, timp necesar pentru a avea oportunitatea de evalua relaționarea cu membrii echipei de îngrijire. Pacienții au fost chestionați în perioada decembrie 2004-decembrie 2005 (o medie de 10 bolnavi chestionați pe lună) pentru a surprinde fenomenul în dinamică, selecția acestora făcându-se în fiecare lună, prin procedee de eșantionare probabilistă din populația pacienților internați, în acea zi, în secția de Cardiologie. Spitalul a fost selectat datorită indicatorilor de performanță și a indicatorilor privind rata ridicată a internărilor prin boli cardiace comparativ cu alte spitale din București. Vârsta și genul nu au constituit criterii de eligibilitate, fiind ignorate în momentul selecției pacienților incluși în studiu. De asemenea, au fost intervievați pacienți care prezentau o condiție fizică stabilă, pacienții aflați în stare de inconștiență sau într-o stare fizică instabilă nu au fost selectați pentru a răspunde întrebărilor din chestionar.

Metoda utilizată pentru culegerea datelor în scopul evaluării gradului de satisfacție cu aspectele interpersonale ale relațiilor pacient-personal de îngrijire a fost ancheta bazată pe aplicarea unui chestionar. Chestionarul de evaluare a aspectelor interpersonale a constat într-o scală de apreciere prin acordarea de calificative (foarte bine, bine, satisfăcător, slab) anumitor aspecte interpersonale. Scala a fost structurată pe 3 subscale: una a evaluat satisfacția în relațiile cu medicii, a doua în relațiile cu asistentele medicale, în timp ce cea de-a treia în relația cu infirmierele. Dimensiunile şi itemii analizați în subscala ce a măsurat gradul de satisfacție al pacienților în relația cu medicii au fost *grija acordată pacienților de către medici (1,11); politețea medicilor în raport cu pacienții (2,5); atenția acordată de medici întrebărilor pacientului (3); luarea în considerare a părerii pacienților de către medici (4,13); punctualitatea şi rapiditatea medicilor (6,12); răbdarea medicilor (7); explicarea tratamentului de către medici (8); liniştirea temerilor pacienților de către medici (9); folosirea de către medici a unui limbaj adaptat la nivelul de înțelegere al pacienților (10).* Dimensiunile şi itemii analizați în subscala ce a măsurat gradul de satisfacție al pacienților în relația cu asistentele medicale au fost *grija acordată pacienților de către asistentele medicale (1,11); politețea asistentelor medicale în raport cu pacienții (2,5); atenția acordată întrebărilor pacienților de către asistentele medicale (3,13); luarea în considerare a părerii pacienților de către asistentele medicale (4); punctualitatea şi rapiditatea asistentelor medicale (6,12); răbdarea asistentelor medicale (7); explicarea tehnicilor medicale de către asistentele medicale (8); liniştirea temerilor pacienților de către asistentele medicale (9);* folosirea *de către medici a unui limbaj adaptat la nivelul de înțelegere al pacienților (10).*

Dimensiunile şi itemii analizați în subscala ce a măsurat gradul de satisfacție al pacienților în relația cu infirmierele au fost *grija acordată pacienților de către infirmiere (1); politețea infirmierelor în raport cu pacienții (2,3); punctualitatea şi rapiditatea infirmierelor (4,8); răbdarea infirmierelor (5); explicarea tehnicilor de îngrijire efectuate de către infirmiere (6);* folosirea *de către infirmiere a unui limbaj adecvat (7).*

9.4. Prezentarea şi analiza rezultatelor

Au fost acordate calificative pozitive (bine, foarte bine) sau negative (satisfăcător, slab) fiecărui item cuprins în cele 3 subscale de evaluare, făcându-se aprecierea că un calificativ pozitiv concordă cu satisfacția pacientului, în timp ce un calificativ negativ este asociat insatisfacției pacientului cu relațiile interpersonale.

Analiza cantitativă s-a realizat cu ajutorul programului de analize statistice SPSS ce conține proceduri ce au permis analiza univariată şi bivariată a caracteristicilor populației studiate. Datele au fost definite, codificate, regrupate pentru a realiza analiza distribuției caracteristicilor care m-au interesat pentru populația aleasă.

92 dintre pacienții intervievați au apreciat pozitiv (20 cu bine şi 72 cu foarte bine), grija pe care medicii le-o acordă, în timp ce 3 dintre ei au apreciat negativ această variabilă. În ceea ce priveşte politețea medicilor, 93 dintre pacienții intervievați au evaluat pozitiv şi doar 3 pacienți au apreciat-o ca fiind slabă sau satisfăcătoare.

O dimensiune evaluată ceva mai critic de către pacienți a fost cea care a vizat atenția acordată întrebărilor pacientului de către medici. Aici, numărul pacienților care a evaluat pozitiv această dimensiune a fost de 69 (68 cu bine şi 1 cu foarte bine), în timp ce 26 dintre pacienții intervievați s-au declarat nemulțumiți de atenția pe care medicii o acordă întrebărilor lor (21 au răspuns cu satisfăcător şi 5 cu slab).

În acelaşi timp, pacienții au evaluat pozitiv faptul că medicii țin cont de părerea lor în activitatea medicală (84), în timp ce 10 dintre pacienții intervievați s-au declarat nemulțumiți de faptul că medicii nu țin cont de părerea lor în activitatea medicală. Aceeaşi situație se păstrează şi în cazul satisfacției pacienților cu punctualitatea şi rapiditatea medicilor, 87 dintre aceştia evaluând pozitiv această dimensiune, în timp ce 7 dintre pacienții intervievați s-au declarat nemulțumiți punctualitatea şi rapiditatea medicilor. O evaluare pozitivă a fost înregistrată şi în ceea ce priveşte celelalte dimeniuni: explicarea tratamentului ce trebuie urmat (90), liniştirea de către medici a temerilor provocate de îmbolnăvire (87) şi folosirea unui limbaj adecvat , la nivelul lor de înțelegere (90).

Numărul pacienților care a evaluat pozitiv dimeniunile relaționate cu aspectele interpersonale ale relației cu asistentele medicale a fost mai mare comparativ cu numărul pacienților nesatisfăcuți. Astfel, grija acordată de asistentele medicale a fost evaluată pozitiv de 80 de pacienți dintre cei intervievați, politețea asistentelor medicale de 88 de pacienți, atenția acordată întrebărilor pacientului de către asistentele medicale de 79, faptul că asistentele medicale țin cont de părerea pacienților în activitatea lor de 83, punctualitatea şi rapiditatea asistentelor medicale de 78, răbdarea asistentelor medicale de 85 dintre pacienții chestionați, faptul că asistentele medicale le explică tehnicile ce le vor efectua de 80, faptul că asistentele medicale le liniştesc temerile provocate de îmbolnăvire de 85, faptul că asistentele medicale folosesc un limbaj pe înțelesul lor a fost de 82.

Numărul pacienților care a evaluat pozitiv grija acordată de infirmiere a fost de 79, politețea infirmierelor de 77, punctualitatea şi rapiditatea infirmierelor de 73, răbdarea infirmierelor de 76 şi faptul că infirmierele folosesc un limbaj pe

înțelesul lor de 77 de pacienți. În același timp, numărul pacienților care a evaluat pozitiv faptul că infirmierele le explică tehnicile de îngrijire efectuate a fost cel mai mic (67), în timp ce 22 dintre pacienții intervievați s-au declarat nemulțumiți de faptul că infirmierele nu le explică tehnicile de îngrijire efectuate.

În concluzie, un ultim obiectiv propus a fost acela de a evalua percepția pacienților cu privire la suportul social formal primit în spital, mai precis de a evalua satisfacția pacienților cu aspectele interpersonale ale relației dintre personalul medical și de îngrijire și pacient. Pentru atingerea acestui obiectiv a fost realizată o cercetare ce a constat în realizarea unei anchete pe bază de chestionar. Cercetarea s-a efectuat pe parcursul unui an (2003), eșantionul fiind format din 97 de pacienți internați în secția de Cardiologie a unui spital din București. Rezultatele au indicat că, în general, pacienții internați în secția de Cardiologie a spitalului analizat au fost satisfăcuți cu relația dintre ei și personalul medical și de îngrijire din spital, existând anumite variații la nivelul dimensiunilor evaluate.

Concluzii

În această lucrare am apelat la un tip de cercetare descriptivă, considerând că, în această etapă, în România, unde oportunitatea unor servicii psihosociale este încă eludată de specialiști, este mai utilă, pentru început, o cercetare bazată pe investigarea descriptivă, urmată ulterior de implementarea unor servicii și, consecutiv, de investigații privind evaluarea serviciilor din punct de vedere al eficienței acestora. Acesta a fost fundamentul rațional care a stat la baza inițierii unui complex de studii ce au avut ca scop explorarea factorilor sociali și psihosociali asociați îmbolnăvirii prin boli cardiace, în general, și a stresului și suportului social ca factori psihosociali de risc în dinamica bolii coronariene, în special, precum și evidențierea necesității implementării unei metodologii utile în serviciile psihosociale cu rol în realizarea unei diagnoze a celor mai importante dimensiuni psihosociale ale bolii cardiace, determinarea gradului de necesitate și acces la servicii de suport social a bolnavilor cardiaci și a familiilor acestora, în scopul reabilitării și adaptării la boala cardiacă. Prin aceste tipuri de servicii se dorește propunerea unei analize și schimbări la nivelul cauzelor problematicii biopsihosociale asociată bolii cardiace, și nu doar la nivelul simptomelor.

O analiză a factorilor sociali și psihosociali asociați fenomenului îmbolnăvirii prin boli cardiace realizată la nivel internațional și național a fost, ulterior, completată de o cercetare realizată la nivel organizațional, într-unul dintre spitalele ce înregistrează una dintre cele mai mari rate a adresabilității populației. Această cercetare a vizat identificarea și analizarea comparativă a unor factori sociali asociați îmbolnăvirii prin boli cardiace. Rezultatele privind caracteristicile populației pacienților internați în această perioadă în spital au respectat trendurile internaționale și anume că bărbații se îmbolnăvesc mai des de boli cardiace comparativ cu femeile, că pacienții cu vârste peste 65 de ani sunt mai predispuși la a se îmbolnăvi de o boală cardiacă comparativ cu cei ce au vârste mai mici, că numărul cel mai mare de pacienți care se internează în spital la secția de Cardiologie au diagnostic de boală cardiacă ischemică, că cel mai mare număr de internări se înregistrează între orele 12 p.m.-18 p.m., în zilele de luni și în lunile de primăvară. De asemenea, s-a constatat că hipertensiunea arterială este diagnosticul secundar cu care se internează cei mai mulți pacienți cu boli cardiace în spital. Din totalul de 202 pacienți internați în spital cu HTA, 21 dintre ei (1%)

s-au internat cu HTA ca diagnostic principal, în timp ce 181 (30%) dintre aceştia aveau HTA ca diagnostic secundar, deci, ca posibil factor de risc pentru apariţia altor afecţiuni cardiace ce au precipitat internarea în spital. Aşadar, IMA sau alte boli cardiace ischemice reprezintă diagnosticul cu care se internează cei mai mulţi pacienţi cu boli cardiace în spital.

Abordările privind prevenţia şi adaptarea la boala cardiacă s-au bazat pe rolul avut de factorii de risc modificabili, precum fumatul, niveluri ridicate ale colesterolului din sânge, HTA, nivelul ridicat al glucozei din sânge, obezitatea şi activitatea fizică redusă în reducerea riscului. Aceşti factori de risc tradiţionali alături de factorii de risc nemodificabili precum vârsta, genul masculin şi istoricul familial pozitiv oferă un tablou incomplet a ceea ce reprezintă factorii cauzali ai bolii cardiace. În ultima vreme există tot mai multe cercetări ale căror date indică faptul că anumiţi factori psihosociali contribuie la creşterea riscului de îmbolnăvire sau de agravare a bolii cardiace. Printre aceşti factori pot fi incluşi statutul socioeconomic redus, simptomele depresive şi anxioase, stresul acut şi cronic şi izolarea socială.

Cum pot fi evaluate componentele procesului stresului la pacienţii cardiaci internaţi în spital? Care este rolul suportului social în general, şi al familiei în mod special, în medierea stresorilor şi adaptarea la boala cardiacă? Care sunt caracteristicile psihosociale asociate riscului psihosocial înalt în rândul pacienţilor cardiaci internaţi în spital? Cum evaluează pacienţii cardiaci internaţi în spital aspectele interpersonale ale relaţiei cu personalul medical şi personalul de îngrijire? Pentru a răspunde la aceste întrebări a fost realizat un studiu calitativ, de această dată, ce şi-a propus, pe lângă identificarea percepţiei pacienţilor internaţi cu privire la componentele psihosociale ale stresului social asociate experimentării bolii cardiace, identificarea riscului psihosocial înalt înregistrat în rândul anumitor pacienţi. Analiza s-a realizat la nivel psihosocial şi individual. Astfel, a fost analizată teoria procesului stresului, elaborată de sociologul Leonard Pearlin şi colaboratorii săi (Pearlin, 1981), care delimitează un model funcţional-structural al stresului. Această teorie promovează ideea că stresul este un proces social format din 3 componente: *sursele* stresului ce cuprind stresori din sfera familială, profesională sau personală, *mediatorii* stresului ce includ suportul social structural, suportul social perceput, localizarea controlului şi strategiile de coping şi *efectele* sau manifestările stresului, cum ar fi depresia, anxietatea sau distresul psihologic general.

Ca instrumente au fost folosite interviul structurat ce a avut la bază dimensiuni ale unor scale cunoscute pentru fidelitatea şi validitatea lor la nivel internaţional şi genograma adaptată la contextul psihosocial al fiecărui caz selectat. Astfel, pentru măsurarea stresorilor cu care pacienţii s-au confruntat în ultimul an a fost utilizat şi adaptat *The Social Readjustment Rating Scale,* instrument dezvoltat de Holmes T.H. şi Rahe R.H. pentru a investiga relaţia dintre

readaptarea socială, stres şi susceptibilitatea la îmbolnăvire. Pentru evaluarea localizării controlului ca resursă personală a pacienţilor cardiaci cu rol în medierea relaţiei stresor-distres psihosocial am utilizat forma C a *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales,* aşa cum a fost descrisă în Wallston, Stein şi Smith în 1994. Un alt instrument utilizat a fost *Social Network Scale* elaborată de Sheldon Cohen în scopul evaluării surselor de suport social şi a integrării în reţelele sociale prin adoptarea unor roluri diferite. Pentru evaluarea distresului psihologic asociat bolii cardiace la pacienţii internaţi în spital, am folosit *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* realizată de Zigmond şi Snaith (1983), instrument ce măsoară prezenţa şi severitatea tulburărilor dispoziţionale, anxietatea şi depresia, în timpul spitalizării.

O primă dimensiune evaluată a fost percepţia stării de sănătate, cei mai mulţi dintre pacienţii intervievaţi (16) percepând că nu au o stare de sănătate aşa de bună. O altă dimensiune a vizat percepţiile pacienţilor cu privire la cauzele îmbolnăvirii lor, stresul de la locul de muncă fiind cauza cel mai frecvent invocată (18). Printre stresorii ocupaţionali percepuţi de către pacienţii care au o ocupaţie au fost situaţiile conflictuale cu colegii de la locul de muncă (6), schimbarea locului de muncă (5) sau problemele cu şeful (5). Cât priveşte stresul din familie, 14 dintre cei intervievaţi consideră că acesta a a avut o contribuţie la apariţia îmbolnăvirii. Printre stresorii din familie cel mai des invocaţi au fost schimbările în starea de sănătate a unui membru al familiei sau moartea unui membru apropiat al familiei. Referitor la suportul structural perceput de pacienţii intervievaţi, aceştia au declarat că locuiesc singuri (6), cu părinţii (1), cu copiii (9), cu soţul/soţia (12) sau cu alte rude (10). Ulterior a fost evaluat suportul social funcţional sau principalele funcţii ale suportului social perceput: emoţională, informaţională sau materială. În urma evaluării funcţiei emoţionale a suportului social perceput, 16 dintre pacienţii intervievaţi au declarat că nu există nicio persoană cu care să poată împărtăşi cele mai multe dintre temerile şi fricile lor, în timp ce 21 au declarat că există astfel de persoane. Referitor la suportul social informaţional, 13 dintre pacienţii intervievaţi au declarat că, dacă ar apărea o criză în viaţa lor, ar fi dificil să găsească pe cineva care să le dea un sfat bun despre cum să rezolve situaţia, în timp ce 25 de pacienţi au declarat că nu ar fi dificil să găsească pe cineva care să le dea un sfat bun despre cum să rezolve situaţia. Cei mai mulţi dintre pacienţii intervievaţi au resimţit lipsa unui sprijin material potenţial din partea membrilor reţelei de suport. Astfel, 17 dintre pacienţii intervievaţi au declarat că, în situaţia în care ar avea nevoie urgent de un împrumut de 40 de milioane de lei, nu există cineva de la care să îi poată obţine, în timp ce 21 declară că există cineva în reţeaua lor de suport la care pot apela. Dincolo de percepţia resurselor sociale la care ar putea apela pacienţii intervievaţi, am evaluat şi o altă dimensiune a resurselor lor personale considerată ca fiind utilă în evaluarea şi adaptarea la stresori: localizarea controlului. Evaluarea stării de

fericire şi determinanţii acesteia a fost o altă dimensiune, încercându-se, de această dată, o evaluare a efectelor emoţionale pe care stresorii îi pot avea asupra stării generale a pacienţilor. Astfel, se remarcă faptul că zona profesională nu este un generator de motive pentru care cei intervievaţi să se declare fericiţi. În schimb zona familială este un important izvor al fericirii pacienţilor intervievaţi.

Apoi a fost evaluată percepţia pacienţilor intervievaţi cu privire la modalităţile de petrecere a timpului liber, modalităţi ce pot funcţiona ca posibile mecanisme de prevenire sau combatere a distresului emoţional produs de influenţa diferiţilor stresori sau de deficitul de resurse sociale sau personale existente la pacienţii cardiaci intervievaţi. Astfel, se remarcă faptul că pacienţii cardiaci preferă să-şi petreacă timpul liber *stând cu familia* (20), *citind* (18) sau *întâlnindu-se cu prietenii* (13) şi, mai puţin, *făcând sport* (3), implicându-se în *activităţi de joc* (2) sau *ascultând muzică* şi/sau *mergând la teatru* (4).

Efectele în plan emoţional ale îmbolnăvirii au fost evaluate folosind itemi din scala Hospital Anxiety and Depression Scale. 19 pacienţi dintre cei intervievaţi (12 bărbaţi şi 7 femei) au declarat că, în ultimele 3 zile, s-au simţit tensionaţi în cea mai mare parte a timpului sau destul de mult timp, în timp ce 19 s-au simţit tensionaţi din când în când sau niciodată. De asemenea, 19 dintre pacienţii intervievaţi au declarat că, în ultimele 3 zile, le-au trecut prin minte gânduri de îngrijorare în cea mai mare parte a timpului sau destul de mult timp, în timp ce 19 dintre pacienţi au declarat că le-au trecut prin minte gânduri de îngrijorare din când în când sau doar ocazional.

Riscul psihosocial s-a calculat prin adunarea punctajelor acordate iniţial valorilor fiecărui item, în funcţie de răspunsurile date de pacienţii intervievaţi şi au fost selectaţi, pentru o analiză aprofundată, 11 pacienţi cu risc psihosocial înalt (6 bărbaţi şi 5 femei). Studiile de caz în rândul pacienţilor cu risc psihosocial înalt au inclus şi analize ale dimensiunii suportului social informal oferit pacienţilor cardiaci de către familiile lor, folosind ca instrument genograma familiei. Concluziile ce pot apărea în urma prezentării rezultatelor acestor studii de caz sugerează că o înţelegere a mecanismelor ce mediază relaţia dintre stresorii sociali sau personali cu care se confruntă pacientul cardiac şi distresul psihosocial ce însoţeşte adaptarea la boala cardiacă ar putea fundamenta o metodologie de identificare şi modificare a factorilor psihosociali cu rol în funcţionarea acestor mecanisme.

Experienţa practică şi empirică a relevat faptul că boala cardiacă este atât o boală a individului, cât şi a familiei acestuia. De aceea, o parte a acestui studiu se referă şi la analizarea şi propunerea unor servicii care să susţină familiile care, datorită problematicii psihosociale asociată bolii, prezintă un risc de dezintegrare şi de adaptare deficitară la boala cardiacă.

Astfel, a fost analizată oportunitatea introducerii unor intervenţii de consiliere psihosocială la nivel individual care să-şi propună îmbunătăţirea

aderenţei la tratamentul medicamentos a pacienţilor cardiaci, precum şi reducerea comportamentelor de risc în rândul pacienţilor cardiaci. În acelaşi timp, este cunoscut faptul că boala cardiacă poate afecta familia pacientului cardiac uneori mai mult decât îl afectează pe pacientul cardiac. În sprijinul acestei idei şi plecându-se de la rolul familiei ca sursă de suport social pentru pacienţii cu boli cardiace, au fost analizate şi propuse intervenţii de consiliere şi terapie a familiilor afectate de stresul psihosocial produs de boala cardiacă, dar şi o serie de intervenţii cu rol în extinderea şi mobilizarea suportului social la nivelul relaţiilor sociale. Şi, în final au fost analizate, pe larg, contribuţiile serviciilor de consiliere şi asistenţei sociale de la nivel organizaţional (spital) şi a serviciilor medico-sociale, organizate la nivel comunitar, la îmbunătăţirea calităţii vieţii pacienţilor cardiaci şi a familiilor acestora.

Probleme precum bolile cardiovasculare, cancerul, consumul de droguri, creşterea numărului de tulburări psihice, maladia HIV-SIDA, creşterea costurilor serviciilor medicale, inexistenţa sau existenţa într-un număr redus a unor servicii medico-sociale au reprezentat de nenumărate ori tot atâtea motive de întetire a acestor preocupări şi eforturi. Alimentaţia necorespunzătoare unei dezvoltări normale, izolarea socială, condiţiile de la locul de muncă, anxietatea, depresia, boala, moartea prematură afectează oamenii, mai mult sau mai puţin direct, pe termen scurt, mediu sau lung. Aşadar, experienţa mea în aria academică şi în cea de cercetare în domeniul psihosociologiei aplicată în sănătate, dar şi experienţa practicii directe în domeniul medical şi social cu bolnavi cardiaci şi cu familiile acestora aflaţi în situaţii de dificultate mi-au permis să observ necesitatea analizării factorilor psihosociali asociaţi bolii cardiace şi a implementării unor schimbări prin intermediul unor servicii psihosociale.

Cercetarea clinică tradiţională se focalizează pe indicatori biochimici şi, doar de puţin timp şi doar în anumite specialităţi, aceasta ia în considerare şi măsurarea calităţii generale a vieţii a pacienţilor şi familiilor acestora, a factorilor psihosociali cu rol în creşterea calităţii vieţii. Aşadar, cercetările cu privire la starea de sănătate, la factorii psihosociali ce însoţesc anumite boli, la serviciile de sănătate care pot fi accesate de pacienţi şi familiile acestora trebuie să vizeze o evaluare a sectorului de sănătate într-un sens mai larg şi nu să se limiteze doar la abordarea medicală a acestor aspecte. Iată de ce devin necesare prevenirea şi combaterea cauzelor ce determină astfel de probleme, scopul fiind acela al menţinerii unei stări de sănătate optime dezvoltării normale individuale şi societale. Se poate crea, astfel, o relaţie strânsă între cercetătorii ce investighează aspectele psihosociale ale stării de sănătate şi serviciile de sănătate şi practicienii din acest domeniu, în special în ceea ce priveşte necesitatea privind dezvoltarea unor măsurători ale rezultatelor clinice şi a oportunităţii aplicării unor intervenţii psihosociale de îngrijire a sănătăţii. Reducerea fenomenului de distres în rândul pacienţilor cardiaci şi al familiilor acestora depinde de implementarea unor

programe de intervenție psihosocială focalizate explicit pe scăderea riscului de recidivă a bolii cardiace sau pe îmbunătățirea unora dintre condițiile care sunt izolate drept cauze ale acesteia.

Aşadar, studiul de față s-a centrat, în general, pe stabilirea unei diagnoze a factorilor psihosociali de risc implicați în contextul bolii cardiace şi pe analizarea stresului şi a suportului social ca repere în abordarea riscului psihosocial, în special. În finalul primei părți a acestei lucrări, focalizarea s-a mutat pe dezvoltarea unei metodologii intervenționale care să-şi propună reducerea riscului psihosocial în rândul pacienților cardiaci privind recidivarea sau complicarea bolii cardiace, dar şi a riscului familiilor acestor pacienți de a se transforma din familii funcționale în familii disfuncționale odată cu apariția bolii cardiace. De altfel, intenția este aceea de a conştientiza utilitatea introducerii acestui tip de metodologie în infrastructura serviciilor medicale şi sociale de la nivel local, organizațional, comunitar sau regional. În acest context pot fi abordate, la nivel individual, psihosocial şi organizațional, într-o manieră integrată, determinații şi efectele de sorginte psihosocială ale bolilor cardiace. Acest tip de abordare poate conduce, în final, prin declanşarea unor acțiuni de elaborare a unor metodologii intervenționale psihosociale, la îmbunătățirea indicatorilor de sănătate şi la creşterea calității vieții pacienților şi familiilor afectați de boala cardiacă. Se doreşte, de asemenea, în contextul în care aceasta este prima cercetare de acest fel din România, ca cercetările psihosociologice din domeniul îngrijirii sănătății să devină repere în stabilirea politicilor din acest domeniu (politici de sănătate-medicale şi sociale, deopotrivă).

Cerccetările prezentate în această lucrare au câteva contribuții inovative majore: sunt cercetări centrate pe pacienții cardiaci; rezultatele cercetării pot contribui la dezvoltarea unor strategii intervenționale la nivel local, organizațional, comunitar sau regional în scopul scăderii riscului de îmbolnăvire prin boli cardiace, al inadaptării la boală a pacienților şi familiilor acestora şi al prevenirii recidivelor şi complicațiilor, dar şi al marginalizării şi izolării sociale; metodologia intervențională dezvoltată în urma cercetării factorilor psihosociali cu risc în contextul bolii cardiace poate fi un model pentru alte țări unde incidența bolilor cardiace este ridicată; documentarea despre factorii psihosociali implicați în boala cardiacă prin studii de caz care poate fi considerată o bună practică; cercetarea va evalua răspunsurile pacienților cardiaci şi a altor surse implicate în determinarea unor comportamente la pacienții şi familiile afectate de boala cardiacă; metodologia va fi pentru specialiştii din practica publică sau privată în scopul prevenirii marginalizării pacienților şi familiilor acestora, al recidivei sau agravării bolilor coronariene; rezultatele vor fi diseminate în scopul realizării unor strategii de prevenire şi combatere a bolilor cardiace şi de dezvoltare a unor servicii psihosociale specializate la nivel organizațional sau comunitar.

Printre potențialii beneficiari ai rezultatelor unui astfel de studiu ar putea fi: Ministerul Sănătății prin fundamentarea politicilor sociale din domeniu plecând de la identificarea relației dintre fenomenele psihosociale şi ratele morbidității şi mortalității prin boli cardiace; sistemul medico-social public prin fundamentarea ştiințifică a unei intervenții asupra unei probleme ce continuă să mențină bolile cardiace la un nivel ridicat; cercetarea ştiințifică şi academică din România datorită elaborării unui studiu sistematic într-un domeniu în care informația validă furnizată de statistica vitală este dacă nu inexistentă, atunci insuficientă, în timp ce gradul de cunoaştere în profunzime a fenomenului îmbolnăvirii prin boli cardiace este scăzut; instituțiile care furnizează servicii medicale bolnavilor cardiaci şi care au nevoie de servicii specializate de reabilitare cardiacă, servicii psihosociale în principal, în scopul prevenirii recidivelor şi a complicațiilor; pacienții cu boli cardiace şi familiile acestora, ce au nevoie de servicii psihosociale bazate pe nevoile lor psihosociale ce însoțesc deseori îmbolnăvirea de inimă, în scopul prevenirii apariției unor disfuncționalități sociale la nivel individual sau familial şi în scopul creşterii calității vieții acestora.

În cuprinsul acestei lucrări sunt luate în discuție cele mai recente teorii şi studii cu privire la starea de sănătate, la boala cardiacă, la factorii psihosociali asociați acesteia în general şi la stres şi suport social în special. În ultima vreme psihologia socială aplicată în domeniul sănătății a devenit un domeniu extrem de activ. Cum funcționează în mod real suportul social în prevenirea şi ameliorarea îmbolnăvirilor? De ce indivizii cu un statut social înalt au o sănătate mai bună? De ce femeile, deşi au o sănătate mai precară decât bărbații, trăiesc mai mult? Există un tip A de personalitate asociat cu apariția bolilor cardiace? Care sunt conexiunile dintre comportament şi starea de bunăstare biopsihosocială? Sunt întrebări ce preocupă cercetătorii din domeniul psihologiei sociale, răspunsurile având şansa de a deveni repere importante în activitatea decidenților din domeniul promovării bunăstării biopsihosociale.

Astfel, studiile de cohortă prospective oferă date ce arată că factorii psihosociali, în mod special depresia şi suportul social, sunt factori independenți psihosociali etiologici şi prognostici pentru boala coronariană. Dincolo de puterea şi consistența acestor rezultate, efectul relativ al aspectelor structurale şi funcționale ale suportului social sunt încă discutate (Hamingway H., Marmot M. 1999). Analiza sistematică făcută de Hemingway şi Marmot, în 1999, trebuie să fie reactualizată şi extinsă pentru a include cercetări observaționale şi alte concluzii, în scopul focalizării viitoarelor cercetări şi a elaborării viitoarelor politici. În această manieră extinsă, cercetările vor trebui să investigheze interrelațiile între diferiții factori psihosociali, efectul schimbării prin expunerea cumulativă la factori psihosociali, efectele pe termen lung şi scurt de-a lungul vieții, diferențele pe categorii de sex, etnie, naționalitate, mecanismele biologice şi comportamentale implicate, efectele factorilor psihosociali asupra diferitelor

rezultate clinice şi subclinice, măsuri de prevenţie primară şi secundară adecvate, studii care să arate rolul factorilor psihosociali în populaţia sănătoasă, ca şi studii de cohortă prospective în populaţia de pacienţi.

Aşadar, rămâne pe viitor spaţiu pentru pentru cercetarea unei modalităţi de definire comprehensivă a stresului care să ofere un cadru teoretic adecvat pentru iniţierea unui instrument de măsurare a stresului cu toate componentele sale (stresori, mediatori şi efecte) şi realizarea a numeroase cercetări care să vizeze atât oportunitatea implementării anumitor intervenţii psihosociale în cadrul serviciilor de sănătate furnizate populaţiei cardiace şi familiilor acestora, cât şi eficienţa unor astfel de intervenţii în relaţie cu eficienţa şi cost-eficienţa acestora asupra calităţii vieţii individuale şi familiale precum şi a satisfacţiei acestora cu privire la efectele acestor intervenţii. Este necesară, aşadar, o abordare integrată a abordărilor medicală, psihologică şi sociologică, numai aşa putând exista şansa ca stresul să poată fi evaluat în totalitatea aspectelor sale procesuale.

BIBLIOGRAFIE

AGABRIAN, M. (2006) *Analiza de conţinut,* Iaşi: Editura Polirom.

ALDER, B., PORTER, M., ABRAHAM, C. ŞI VAN TEIJLINGEN, E. (2004, 2ed). *Psychology and sociology applied to medicine*, London: Churchill Livingstone.

ALLEN, J., MARKOVITZ, J., JACOBS, R.D., KNOX S. S. (2001). *Social Support and Health Behavior in Hostile Black and White Men and Women in CARDIA,* Psyhosomatic Medicine 63:609-618.

ANTONUCCI, T.C., JOHNSON, E.H. (1994). *Conceptualization and methods in social support theory and research as related to cardiovascular disease.* In Shumacker SA, Czajkowski SM (eds): *Social Support and Cardiovascular Disease*, pp 21-39, New York, Plenum.

ARGYLE, M. (1992). *Social Psychology of everyday life.* London: Routledge.

BAGGOTT, R. (2004, 3ed). *Health and Health Care in Britain*, NY: Palgrave Macmillan.

BAREFOOT, J.C., SCHROLL, M., (1996). *Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample.* Circulation 93: 1976-1980.

BARRERA, M.J. şi AINLAY, S, L. (1983). *The structure of social support: A conceptual and empirical analysis*. Journal of Community Psychology, 11:133-143.

BARKER, C., PISTRANG, N., ELLIOTT R. (2002, 2ed). *Research Methods in Clinical Psychology*, John Wiley & Sons, LTD, NJ.

BĂBAN, A. (coord) (2003). *Consiliere educaţională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenţie şi consiliere.* Cluj-Napoca: S.C. PSINET SRL.

BEDER, J. (2006). *Hospital Social Work. The Interface of medicine and caring, NY, Routledge.*

BREZINKA, V. şi KITTEL, F., *Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review.* Social Sciences Medicine, 1995. 42(10): 1351-1365.

BENOKRAITIS, V. N. (2005, 5 ed). *Marriages and Families. Changes, choices and constraints,* New Jersey: Pearson Education.

BENTOVIM, A., GORELL, G., COOKLIN, A., (1989). *Family Therapy. Complementary Frameworks of Theory and Practice*, Academic Press, NY.

BERKMAN, L.F., LEO-SUMMERS, L., HORWITZ, R.I. (1992). *Emotional support and survival after myocardial infarction. Ann Intern Med 117: 1003-1009.*

BERKMAN, L. şi LEONARDE, S. (2004). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents, *American Journal of Epidemiology* 109: 186-2004.

BERKMAN, L., ALLAN, J., ROBERT, C., SUSAN, C. şi PETER, K. (2001). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) Study Intervention: Rationale and Design, *Psychosomatic Medicine* 63:747-755.

BLOCK, A. D. (2002). *Dr. Biomedicine and Dr. Psychosocial: The dual optic: why referral(mostly) does not work* în Families, Systems & Health: The journal of Collaborative Family HealthCare, vol. 20, 4, 338.

BOARI, B., SALMI, R., GALLERANI, M. et al. (2006). Circadian rhythms and cardiovascular diseases: clinical perspectives in Recenti Program Medicine Dec ;97 (12):727-32

BOMAR, J. P. (2004, 3ed). *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*, Philadelphia: SOUNDERS-Elsevier.

BORGATTA, F.E., MONTGOMERY, J.B. (2000, 2ed), *Encyclopedia of Sociology,* NY: Macmillan Reference.

BOWLING, A. (1997a, 2ed). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales,* Buckingham: Open University Press.

BOWLING, A. (1997b). *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services,* Buckingham: Open University Press.

BREHM, S.S., KASSIN, M.S., FEIN, S. (2002, 5ed). *Social psychology,* NY: Houghton Mifflin Company.

BRUMMETT, H.B., BAREFOOT, C.J., SIEGLER, C.I., CLAPP-CHANNING E.N., LYTLE L.B., BOSWORTH B.H., WILLIAMS, B.R., MARK B.D. (2001). *Characteristics of Socially Isolated Patients with Coronary Artery Disease Who are at Elevated Risk for Mortality* Psyhosomatic Medicine 60:707-713.

BUNKER J.S., COLQUHOUN M.D., ESLER D.M. et al (2003). *Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors*, The Medical Journal of Australia, 178 (6):272-276.

CARNEY, R.M., SAUNDERS, R.D., FREEDLAND, K.E., STEIN, P., RICH, M.W. ŞI JAFFE, A.S. (1995). Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology, 76,* 562…564.

CARR, A. (2006, 2ed). *Family Therapy. Concepts, Process and Practice,* NY: John Wiley& Sons, Ltd.

CARRETERO, O.A. şi OPARIL, S. (2000). Essential hypertension: Part II: treatment. *Circulation, 101,* 446…458.

CARTER, B. şi Mc.GOLDRICK M. (1988). *Genogramele şi ciclul vieţii de familie* în The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy NY Gardner Press.

CARTER, B. şi Mc.GOLDRICK M. (1988). *The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy*, New York: Gardner Press.

CASSEM, N.H. şi HACKETT, T.P. (1991). *Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase* in Heart Conn V.S., Taylor S.G., Wiman O.: *Anxiety, depression, quality of life and self-care among survivors of myocardial infarction. Issues in Mental Health Nursing* 12:321-331.

CHELCEA, S. (2001). *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative şi calitative,* Bucureşti: Economică.

CHELCEA, S. şi ILUŢ, P. (2003). (coord.). *Enciclopedie de psihosociologie*. Bucureşti: Ed. Economică.

COCKERHAM, C. W., GLASSER,M. şi HEUSER, S.L. (1998). *Readings in Medical Sociology,* New Jersey: Prentice Hall.

COHEN, S. (2001). Social relationships and health. Berkman & Syme (1979), *Advances in Mind-Body Medicine*,17,2-59.

COHEN, S. (1992). *Stress, Social Support, and Disorder* în Veiel, F. şi Baumann, I.U. (ed) (1992), *The meaning and measurement of social support.* NY: Hemisphere Press.

COHEN, S., MERMERSTEIN, R. at al (1985). *Measuring The Functional Components of Social Support* în Sarason, G.I. şi Sarason, B.R. (ed) (1985), *Social Support: Theory, Research and Applications, 73-94.*

COHEN, S., BRISSETTE, I., SKONER, D.P. şi DOYLE, W.J. (2000). Social integration and Health: the Case of the Common Cold. *Journal of Social Structure*, vol.1, no 3.

COLIN, P.R., CHOW, D., MILLER, E.R., SVETKEY, L.P., LIN, P.H., HARSHA, D.W. et al. (2000). The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: Results from the DASH trial. *American Journal of Hypertension, 13,* 949-955.

Committee on Future Directions for Behavioral and Social Sciences Research (2001). *New Horizons in Health: An Integrative Approach.* Washington: National Academies Press.

COSSETTE, S., FRASURE-SMITH, N., LESPERANCE, F. (2001). Clinical Implications of a Reduction in Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial Intervention Program, *Psychosomatic Medicine*, 63:257-266.

CRANE, R.D. şi MARSHAL, S.E., (2006). *Handbook of FAMILIES & HEALTH. Interdisaplinary Perspective.* London: SAGE Publications, Inc.

DAVID, D. (2006). *Metodologia cercetării clinice. Fundamente.* Iaşi: Ed. Polirom.

DAVID, D. (2006). *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente.* Iaşi: Ed. Polirom.

De SINGLY, F., BLANCHET, A., GOTMAN, A., KAUFMANN, J.C. (1998). *Ancheta şi metodele ei: chestionarul, interviul de producere a datelor, interviul comprehensive*, Iaşi: Polirom.

DICKERSON, S., (1993). *Support needs of spouses of cardiac patients.* Journal of the New York State Nurses Association, 24: 2.

DOGAN, M. şi PHARE, R. [1991] (1993). *Noile ştiinţe sociale*. Bucureşti: Ed. Academiei Române.

DODGE, D.L. şi MARTIN, W.T. (1970) *Social Stress and Chronic Illness: Mortality Patterns in Industrial Society*

DOLBIER, C.L. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, december.

DUBBERT, P.M. (1995). Behavioral (life style) modification in the prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychology Review, 15*(3), 186-216.

DYSON, S. şi BROWN, B. (2006). *Social Theory and Applied Health Research*, NY: Open University Press.

FAIR, M.J. şi FROELICHER, S.E. (2000). *Psychosocial Interventions* in Susan L.Woods, Froelicher Sivarajan Erika şi Sandra Underhill Motzer, Cardiac Nursing , Lippincott Williams & Wilkins.

FALVO, D. (2005, 3ed). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*, Boston, Jones and Bartlett Publishers.

FARLEY, E.J. (1992). *American Social Problems,* New Jersey, Prentice Hall.

FELDMAN, R.S. (1985). *Social Psychology,* New York, McGraw Hill.

FILIP, J. (1999). *Patient preference for cardiac rehabilitation and desired program elements, Journal of Cadiopulmonary Rehabilitation,* 1999. 19:339-343.

FISHER, L., WEIHS, L.K. (2000). *Can Addressing Family Relationships improve Outcomes in Chronic Disease,* Journal of Family Practice, June.

FRASURE-SMITH, N., LESPERANCE, F., TALAJIC, M. (1995). *The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more then depression?* Health Psychology 14: 388-398.

FRASURE-SMITH, N., LESPERANCE, F., TALAJIC, M. (1996). *Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences.* Psyhosom Med 58:99-110.

FRIEDMAN, H.S. (2002). *Autovindecarea si personalitatea*, trad. din engleza de Felicia Ienculescu-Popovici, Bucureşti: Ed.Humanitas.

GLYNN, M.L., CHRISTENFELD, N., GERIN, W. (1999). *Gender, Social Support and Cardiovascular Responses to Stress*, Psyhosomatic Medicine 61:234-242.

GOBLE, A. şi WORCESTER, M. (1999). *Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention*, Department of Human Services: Victoria, Australia.

GOFFMAN, E. (2004). *Aziluri. Eseuri despre situaţia socială a pacienţilor psihiatrici şi a altor categorii de persoane instituţionalizate*, Iaşi: Polirom.

GOODMAN, N. (1992). *Introducere în sociologie*, Bucureşti: LIDER.

GREENWOOD, D.C., MUIR K.R., PACKHAM C.J., MADELEY R.J. (1996). *Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support.* Journal of Public Health Medicine, Vol.18, No.2, pp. 221-231, Oxford University Press.

GUIRY, E., CONROY, R.M., HICKEY, N. et al (1987). *Psychological response to an acute coronary event and its effect on subsequent rehabilitation and lifestyle change.* Clin Cardio 10:256-260.

HAHN, B. D. şi PAYNE, A.W. (1997, 3 ed). *Focus on health* , Boston: WCB McGraw-Hill.

HALM, M., PENQUE, S. et al (1999). *Women and cardiac rehabilitation: Referral and compliance patterns.* Journal of Cardiovascular Nursing, 13: 83-92.

HAMINGWAY, H. şi MARMOT, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 1999, 29 may, 318 : 1460-1467.

HECKER, E.J. şi THORPE, L.G. (2005). *Introduction to Clinical Psychology. Science, Practice and Ethics*, NY: Pearson Education.

HEYER, H.E., TENG H.C. şi BAMS, W. (1953). *The increased frequency of acute myocardial infarction during summer months in a warm climate*, American Heart Journal; 45:741-6.

HOBFOLL, S.E. (2001). *Social Support and Stress* în Smelser, J.N. şi Baltes, B.P. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Palo Alto and Berlin , Elsevier Science Ltd.

HOBFOLL, S.E. (1998). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*, NY: Springer.

HOLMES, T.H. şi RAHE, R.H. (1967). *The social readjustment rating scale,* Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.

HOUSE, S.J. (2001). *Social Isolation Kills, But How and Why ?,* Psyhosomatic Medicine 63:273-274.

HU, F.B., STAMPFER, M.J., MANSON, J.E., GRODSTEIN, F., COLDITZ, G.A., SPEIZER, F.E. et al. (2000). Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *New England Journal of Medicine, 343,* 530...537.

KLONER, R., POOLE, K., PERRITT, R. (1999). When Throughout the Year Is Coronary Death Most Likely to Occur? A 12-Year Population-Based Analysis of More Than 220 000 Cases, *Circulation*, 100:1630-1634.

KRISTENSON, M., KUCINSKIENE, Z., BERGDAHL, B., CALKAUSKAS, H., URMONAS, V. şi Orth-Gomer, K. (1998). *Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: the LiVicordia study*, Psychosomatic Medicine, Vol. 60, 3, 277-282.

ILUŢ, P. (1997). *Abordarea calitativă a socioumanului. Concepte şi metode*, Iaşi: Polirom.

ILUŢ, P. (2005). *Sociopsihologia şi antropologia familiei*, Iaşi: Polirom.

Institute of Medicine, Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy. (2001) *Health and behavior. The interplay of biological, behavioral and societal influences.* Washington: National Academy Press.

JOHNSTON, M., FOULKES J. et al (1999). *Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: A controlled trial.* Psychosomatic Medicine, 61: 225- 233.

KAWACHI, I., SPARROW, D., SPIRO, A., VOKONAS, P. şi WEISS, S.C. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation, 94,* 2090-2095.

KOLETTIS, T.M., PAPATHANASIOU, A., TZIALLAS, D., MILIONIS, H., KASTANIOTI, C., ACHENBACH, K., (2007). *Afternoon nap, meal ingestion and circadian variation of acute myocardial infarction* in International Journal of Cardiology Feb 21.

KAWACHI, I., SPARROW, D., VOKONA, S.P.S. et al (1996). *Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease.*Circulation 94: 2090-2095.

KING, G., KEOHANE, R., VERBA, S. (2000). *Fundamentele cercetării sociale*, Iaşi: Polirom.

KRATZ, D.S. şi McCENEY, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology.*

LABARTHE, D.R. (1998). *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases: A Global Challenge*, Aspen Publishers, Gaitherburg.

LASK, B., (1989). *Physical Illness, the Family and the Setting* în Bentovim, A., Gorell, G., Cooklin, A., "Family Therapy. Complementary Frameworks of Theory and Practice", Academic Press, NY.

LAZARUS, R. S. şi FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer

LELORD, F. şi ANDRE, C.(2003). *Cum să ne exprimăm emoţiile şi sentimentele, Bucureşti: Ed.TREI.*

LERNER, D. şi KANNEL, W. (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population in *American Heart Journal*, 111: 383–390.

LINDEN, W., STOSSEL, C. şi MAURICE, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A metaanalysis. *Archives of Internal Medicine, 156,* 745-752.

LINSKY, S.A. şi STRAUS A.M. (1986). *Social stress in the United States. Links to Regional Patterns in Crime and Illness*, Auburn House Publishing Company Dover, Massachusetts

LITTMAN, A.B. (1993). *Review of psychosomatic aspects of cardiovascular disease.* Psychother Psychosom 60:148-167.

LLOYD-JONES, D.M., LARSON, M.G., BEISER, A. et al. (1999). *Lifetime risk of developing coronary heart disease*, Lancet, 353(9147):89-92

LUPU, I. şi ZANC, I. (1999). *Sociologie medicală. Teorie şi aplicaţii.* Iaşi:Ed. Polirom.

LYNCH, J.W. şi KAPLAN, G.A. (1997). Understanding How Inequality in the Distribution of Income Affects Health in *Journal of Health Psychology*; 2(3): 297 – 314.

MACIONIS, J. J. (2005). *Social problems,* New Jersey: Pearson Education.

MALEKOFF, A. (2004). *Group Work with adolescents. Principles and Practice*, The Guilford Press, NY.

MARDARE, E.I. (2007). *Factori psihosociali asociaţi infecţiei cu HIV/SIDA,* în "Riscuri la tineri: adolescenţii cu HIV/SIDA din România" coord. Buzducea Doru, Bucureşti: Ed.Universităţii din Bucureşti.

MARDARE, E.I. (2007). *Intervenţii psihosociale adresate adolescenţilor şi familiilor acestora în contextul HIV/SIDA,* în "Riscuri la tineri: adolescenţii cu HIV/SIDA din România" coord. Buzducea Doru, Bucureşti: Ed.Universităţii din Bucureşti.

MARDARE, E.I. (2005). „Suportul social şi relaţiile interpersonale, Rolul comunicării în relaţia asistent social-client şi Practica interpersonală cu familiile în situaţie de risc" în *Program de formare în practica asistenţei sociale. Cunoştinţe şi deprinderi de bază pentru referenţii sociali din cadrul autorităţilor publice locale. Manualul formatorului* în cadrul Proiectului Phare *Construcţia Instituţională a Serviciilor Sociale în România*, Bucureşti : Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei.

MARDARE, E.I. (2005). *Suportul social şi starea de sănătate,* Revista de Asistenţă Socială, Iaşi: Polirom.

MARDARE, E. (2003). *Managementul motivării-atribut modern şi sistem esenţial în succesul organizaţiilor din domeniul îngrijirii sănătăţii*, Universitatea din Bucureşti Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, teză de dizertaţie nepublicată.

MARDARE, E.I. (2003). *Serviciile de îngrijire socială destinate persoanelor şi grupurilor cu nevoi medico-sociale*, Revista de Asistenţă Socială, nr. 1, Iaşi : Ed.Polirom.

MARDARE, E.I. (2004). *Tehnici şi strategii terapeutice adresate familiei confruntată cu probleme de sănătate*, Revista de Asistenţă Socială, nr. 3, Iaşi : Ed.Polirom.

MARDARE, E. (2001). *Comunicare şi conflict în grupul de muncă din spital*, Universitatea din Bucureşti, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, lucrare de licenţă nepublicată.

MARMOT, M.G. şi SYME, S.L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese Americans. *American Journal of Epidemiology, 104,* 225-247.

MARIAN, M., DRUGAŞ M., ROŞEANU, G. (2005). *Perspective psihologice asupra sănătăţii şi bolii,* Oradea: Editura Universităţii din Oradea.

MATTHEWS, K.A. şi HAYNES, S.G. (1986). Type A behavior pattern and coronary disease risk: update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology, 123, 923-960.*

MĂRGINEAN, I. (2000) *Proiectarea cercetării sociologice*, Iaşi: Polirom

McDANIEL, H.S, CAMPBELL, T.L., HEPWORTH, J. şi LORENZ, A. [1990] (2005). *Family-oriented primary care*, NY, Springer.

McDANIEL, H.S, HEPWORTH, J. şi DOHERTY, W.J. [1992] (1996). *Terapia medicală a familiei - o abordare biopsihosocială a familiilor cu probleme de sănătate* în *Psihoterapia ca sistem.* Iaşi: Ed. Polirom.

Mc.GOLDRICK, M. şi RANDY, G. (1985). *Clinical uses of the Genograms in Family Assessment*, NY: WW Norton

MIHĂILESCU, I. (1995). *Politici sociale în domeniul populaţiei şi familiei* în *Politici sociale. România în context european*, Elena Zamfir şi Cătălin Zamfir (coord.). Bucureşti:Ed. Alternative.

MILLIKEN, E.M. (1987). *Understanding human behavior. A guide for Health care Prividers,* NY: Delmar Publishers Inc.

MOSCOVICI, S., BUSCHINI, F. (coord) (2007). *Metodologia ştiinţelor socioumane*, Iaşi: Ed. Polirom.

MOSER, D.K., DRACUP. K., (1996). *Is anxiety after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events*? Psychosom Med 58: 395-401.

MYERS, G. D. (1990, 3ed), *Social psychology,* NY:McGraw-Hill Publishing

MUCCHIELLI, A. (coord) (2002). *Dicţionar al metodelor calitative în ştiinţele umane şi sociale,* Iaşi: Polirom

NEZU, M.A., NEZU, M.C., GELLER A.P. (2003). *Health Psychology*, vol. 9 in *Handbook of Psychology*, John Wiley & Sons, Inc, NJ.

NIKIFOROV, S.V. şi MAMAEV, V.B. (1998). The development of sex differences in cardiovascular disease mortality: a historical perspective în *American Journal of Public Health*, Vol. 88, Issue 9 1348-1353

OGDEN, J. (2004, 3ed). *Health psychology. A textbook,* Berkshire: Open University Press.

ORFORD, J. [1992] (1998). *Psihologia comunităţii. Teorie şi practică*. Bucureşti: Ed. Oscar Print.

ORNISH, D. (1994). *Revoluţie în terapia bolilor de inimă,* Bucureşti: Angeli SRL.

ORTH-GOMER, K. (2001). *Social Support and Health* în Smelser, J.N. şi Baltes, B.P. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Palo Alto and Berlin , Elsevier Science Ltd.

ORTH-GOMER, K., CHESNEY, M., WENGER, N.K. (1998). *Women, Stress and Heart Disease*, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

PEARLIN, I.L. (1998). *The Sociological Study of Stress* în Cockerham, C.W., Glasser, M. şi Heuser, S.L. *Readings in Medical Sociology,* New Jersey: Prentice Hall.

PEARLIN, I.L. (1995). *Some Conceptual Perspectives On the Origins and Prevention of Social Stress in* Socioeconomic Conditions, Stress and Mental Disorders: Toward a New Synthesis of Research and Public Policy , National Institute of Mental Health (NIMH) Office of Prevention and Special Projects, Bethesda.

YIN, K.R. (2005). *Studiul de caz. Designul, colectarea şi analiza datelor,* Iaşi: Ed. Polirom.

RĂDULESCU, S.M. (2002). *Sociologia sănătăţii şi a bolii*. Bucureşti: Ed.Nemira.

RĂDULESCU, S. (2000). *Relaţia sănătate-boală-îngrijiri de sănătate.* în Managementul serviciilor de sănătate, coord. C.Vlădescu, Bucureşti: Ed.Expert.

REID, J.W. şi SMITH D.A. (1989). *Research in Social Work*, NY: Columbia University Press.

RICE Hill, V. (2000). *Handbook of STRESS, COPING and HEALTH. Implications for Nursing Research, Theory and Practice*, London: Sage Publications, Inc.

RITZER, G. (2003)(2000). *Mcdonaldizarea societăţii,* Bucureşti: Ed.Comunicare.ro

ROSENGREN, A., HAWKEN S., OUNPUU, S., SLIWA, K. et al (2004). *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and*

13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, The Lancet.London: Sep 11-Sep17, Vol.364, Iss.9438, pag. 953.

ROSENMAN, R.H., BRAND, R.J., JENKINS, C.D., FRIEDMAN, M., STRAUS, R. şi WURM, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 81/2 years. *Journal of the American Medical Association, 233,* 872-877.

ROTARIU, T. (coord) (2000). *Metode statistice aplicate în ştiinţele sociale.* Iaşi: Ed. Polirom.

ROZANSKI, A., BLUMENTHAL, J. şi KAPLAN, J. (1999). *Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy.* Circulation, 99; 2192-2217.

SAYER, J.W., WILKINSON, P., RANJADAYALAN, K., RAY, S., MARCHANT, B. şi TIMMIS, A. D. (1997). Attenuation or absence of circadian and seasonal rhythms of acute myocardial infarction. Heart. April; 77(4): 325–329.

SCAMBLER, G. (1997, 4ed). *Sociology as apllied to medicine,* London: W.B. Saunders Company Ltd.

SCHNEIDERMAN, N., ANTONI, M.H., SAAB, P.G., IRONSON, G. (2001). HEALTH PSYCHOLOGY: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology.*

SELYE, H. (1983), *Selye,s guide to stress research. Vol 3,* London: Scientific and Academic Editions.

SEYLE, H. (1956). *The Stress of Life.* New York: McGraw-Hill.

SHARKEY, P. (2000). *The essentials of Community Care. A guide for Practitioners.* NY: Palgrave.

SIEGMAN, A.W. (1994). From Type A to hostility to anger: Reflections on the history of coronary-prone behavior. în Siegman, A.W. şi Smith, T.W. (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 1-21). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

SIEGRIST, J. (2001). *Stress and Coping Theories* în Smelser J.N. şi Baltes B.P. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Palo Alto and Berlin , Elsevier Science Ltd.

SIEGRIST, J., PETER, R., JUNGE, A., CREMER, P., SEIDEL, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science and Medicine*; 31:1127–1134.

SILVERMAN, D. (2004). *Interpretarea datelor calitative. Metode de analiză a comunicării, textului şi interacţiunii*, Iaşi: Polirom.

SIMONS, A.J., KALICHMAN, S., SANTROCK, W.J. (1994). *Human Adjustment,* Madison:WCB Brown & Mark Publishers.

SMELSER, J.N. şi BALTES, B.P. (2001). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Palo Alto and Berlin , Elsevier Science Ltd.

SPENCER, F.A., GOLDBERG, R.J., BECKER, R.C., GORE, J.M. (1998). *Seasonal distribution of acute myocardial infarction in the Second National Registry of Myocardial Infarction.* Journal Americane College Cardiology ; 31:1226-1233.

SPIELBERG, C., FALKENHALN, D., WILLICH, S. et al (1996). Circadian, day-of-week and seasonal variability in myocardial infarction: Comparation between working and retired patients. *Amercan Heart Journal 132(3): 579-585.*

SPIELBERGER, C. (ed) (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology. Vol 3*, Palo Alto , Elsevier Science Ltd.

STAMPFER, M.J., HU, F.B., MANSON, S.E., RIMM, E.B., şi WILLETT, W.C. (2000). Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine, 343,* 16... 22.

SULLIVAN, J.T. (7ed) (2005). *Introduction to Social Problems*, NY , Allyn &. Bacon.

SUTTON, C. (1987). *A handbook of research for the helping professions*, London: Routledge.

TAYLOR, C.R., HODGE, E.M., WHITE, D.A. (1989). Circadian rhythm of angina: similarity to circadian rhythms of myocardial infarction, ischemic ST segment depression, and sudden cardiac death. The Amlodipine Angina Study Group. *American Heart Journal*;118:1098–1099.

THOITS, A.P. (1998). *Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next?* în Cockerham, C.W., Glasser, M. şi Heuser, S.L. *Readings in Medical Sociology,* New Jersey: Prentice Hall.

THOMAS, K.R. (2003). *Society and Health. Sociology for Health Professionals,* NY: Kluwer Academic Publishers.

TREHARNE, J.G., LYONS, C.A., TUPLING, E.R. (2001). The effects of Optimism, Pessimism, Social Support and Mood on the Lagged Relationship between daily stress and symptoms, Current Research In Social Psychology (CRISP), 17 dec, http://www.uiowa.edu/crisp.

TRZIENIECKA-GREEN, A. şi STEPTOE, A., (1996). *The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery*. RCT. London, UK.

TUNSTALL-PEDOE, H. (2003). *MONICA. Monograph and Multimedia Sourcebook. Worlds largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979-2002,* Geneva: World Health Organization.

TURNER, J. şi MARINO, F. (1998). *Social Support and Social Structure: A Descriptive Epidemiology* în Cockerham, C.W., Glasser, M. şi Heuser, S.L. *Readings in Medical Sociology,* New Jersey: Prentice Hall.

TUTTY, M.L., ROTHERY, A.M. şi GRINNELL, M.R. Jr. (2005). *Cercetarea calitativă în asistenţa socială,* Iaşi: Ed. Polirom

VAUX, A. (1988). *Social Support. Theory, Research and Intervention,* NY: PRAEGER.

WANG, W. (1994). *The educational needs of myocardial infarction patients.* Progress in Cardiovascular Nursing, 9(4): 28-36.

WEBER, A.L. (1992). *Social Psychology*. New York: HarperCollins Publishers.

WILLIAMS, P., BARCLAY, L., SCHMIED, V., (2004). *Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research Intervention and Practice,* Qualitative Health Research, Vol. 14, No7, September, 942-960.

WILSON, P., D AGOSTINO, R., LEVY, D., BELANGER, A., SILBERSHATZ, H., KANNEL, W.B., (1998). *Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories in Circulation,* 97:1837-1847.

WOLFF, H.G., (1953). *Stress and Disease,* Springfield IL: Charles C. Thomas.
ZAMFIR, E. (1995). *Politica de protecţie a copilului din România* în *Politici sociale. România în context european*. Zamfir E. şi Zamfir C. (coord.) Bucureşti: Ed. Alternative.
ZAMFIR, E. (1997). *Psihologie socială.Texte alese.* Iaşi:Ed. Ankarom.

* * *

World Health Organization, *Chronicle of the WHO*, 1:29-43, 1947.
World Health Organization, *www.who.int*
Organizaţia Mondială a Sănătăţii (Geneva) (2004). *Clasificarea internaţională a funcţionării, dizabilităţii şi sănătăţii*, Bucuresti, Ed. MarLink.
Institutul Naţional de Statistică, *Anuarul statistic 2005-2006*, www.incdse.ro
Heart Foundation şi New Zealand Guidelines Group (2002). *CARDIAC REHABILITATION. Best Practice Evidence-based Guideline*, Wellington: New Zealand Guidelines Group.

ANEXE

ANEXA 1

EVALUAREA BIOPSIHOSOCIALĂ A BOLNAVULUI CARDIAC

Activităţi şi participare la bolnavii cardiaci

1. A face faţă stresului

Realizarea de acţiuni simple sau complexe şi coordonate cu scopul de a organiza şi controla solicitările psihologice necesare pentru a îndeplini sarcini care implică responsabilităţi importante, precum şi stres, distragere sau situaţii de criză (CIF, 132).

Include:

a. a face faţă responsabilităţilor

Realizarea unor acţiuni simple sau complexe şi coordonate cu scopul de a organiza îndatoririle executării unor sarcini şi pentru a evalua cerinţele respectivelor sarcini (CIF, 132)

b. a face faţă stresului

Realizarea unor acţiuni simple sau complexe şi coordonate pentru a face faţă tensiunii, situaţiilor de urgenţă sau stresului asociate cu executarea sarcinii (CIF, 133)

c. a face faţă situaţiilor de criză

Realizarea unor acţiuni simple sau complexe şi coordonate pentru a face faţă unor schimbări decisive apărute într-o situaţie sau momentelor de dificultate sau pericol extreme

Sprijin şi relaţii

a. Familia imediată
b. Familia lărgită
c. Prieteni
d. Cunoştinţe, colegi, vecini şi membri ai comunităţii
e. Persoane cu funcţii de conducere
f. Persoane în funcţii de subordonare
g. Animale domestice
h. Profesionişti din domeniul sănătăţii

Atitudini

a. ale membrilor familiei imediate
b. ale prietenilor
c. ale cunoştinţelor, colegilor, vecinilor
d. ale profesioniştilor din domeniul sănătăţii
e. ale profesioniştilor din domenii conexe
f. ale societăţii

Servicii, sisteme, politici

a. servicii, sisteme şi politici de asigurări sociale
   - programe de asistenţă socială
   - programe de asigurări sociale
   - programe de dizabilitate
b. servii, sisteme şi politici generale de suport social
   - servicii de asistenţă publică pentru cumpărături, treburi casnice, transport, autoîngrijire
c. servicii, sisteme şi politici de sănătate
   - servicii de promovare a sănătăţii şi prevenire a bolilor
   - servicii de îngrijire primară
   - servicii de îngrijire în fazele acute
   - servicii de reabilitare şi îngrijire pe termen lung
   - servicii specializate în comunitate, la domiciliu, şcoală, locul de muncă, spitale, clinici, instituţii rezidenţiale, cabinete, după OMS (2004). *Clasificarea internaţională a funcţionării, dizabilităţii şi sănătăţii.*

ANEXA 2

ARIILE DE INTERVENŢIE CU PACIENŢII ŞI FAMILIILE ACESTORA

CREDINŢE ŞI PERCEPŢII CU PRIVIRE LA PROBLEMĂ	**COMPORTAMENTE ŞI ACŢIUNI RELAŢIONATE CU PROBLEMA**	**CONTEXTE ASOCIATE CU PROBLEMA**
• puncte de vedere • interpretări • explicaţii • presupuneri • credinţe • poveşti identitare	• modele de acţiune • modele interacţionale • modele comunicaţionale verbale o şi nonverbale	• contexte temporale şi spaţiale asociate cu problema • fond rasial/cultural • fond genetic • socializarea genului • conexiunile cu alte persoane • spiritualitatea
• aspecte ale situaţiei ce reţin focalizarea atenţiei pacientului • cum interpretează pacientul situaţia • poveşti legate de identitate create şi trăite de pacienţi şi de cei din jurul lor • oferirea de noi posibilităţi de focalizare a atenţiei, • -identificarea şi schimbarea viziunilor care: • blamează • sugerează că schimbarea este imposibilă	• modul în care interacţionează pacientul şi membrii familiei (cum interacţionează în timpul situaţiei problematice şi cum comunică unii cu alţii despre problemă) • analizarea şi identificarea unor modele de comportament • ajutarea familiei şi pacienţilor să schimbe aceste comportamente problematice	• - evaluarea influenţelor şi circumstanţelor din jurul problemei • - explorarea influenţelor familiei, culturii, factorilor genetici şi modelelor de rol • - identificarea unor aspecte utile şi inutile ale contextului • - sugerarea schimbărilor în contextul asociat problemei (schimbări biochimice, temporale, spaţiale, obiceiuri culturale, influenţe)

• invalidează persoana • sugerează că persoana nu poate alege modul în care să acționeze.	• - găsirea unor modelele de acțiune și interacțiune care sunt parte din problemă și care se repetă • - sugerarea disruperii modelelor problematice sau găsirea și utilizarea unor modele-soluție.	• - utilizarea acestor arii pentru normalizare (valorizarea și validarea acestora) • - găsirea problemei și a modelelor soluție în oricare dintre modelele contextuale.

***Sursa**: adaptare după Bill apud Bertolino și Schultheis, 2002*

ANEXA 3

PRINCIPALII STRESORI CARE AFECTEAZĂ FAMILIA

Stresori sistemici INTRAFAMILIALI	**Stresori sistemici INTERFAMILIALI**	**Stresori SISTEMICI EXTRAFAMILIALI**
Membrii familiei nu se simt apreciați Vina că nu se obține mai mult Insuficient timp pentru "mine" Sentiment de lipsă de atractivitate Perfecționism Alimentație Sănătate/boală Droguri/alcool Văduvia Pensionarea Munca în gospodărie, la școală Violența	Comunicarea cu copiii Standarde în munca din gospodărie Timp insuficient pentru cuplu Insuficient timp liber pentru familie Comportamentul copiilor/lupta dintre frați Televiziunea Calendar supraaglomerat al familiei Distribuire ineficientă a responsabilităților în familie Mutarea Relația cu partenerul (comunicare, prietenie,sex) Vacanțe Comportamentul adolescenților Nou-născut Musafiri Recăsătorie,divorț,separare Vara Week-end-uri Diferențe religioase Părinți în vârstă Internet	Economii, finanțe Nemulțumire la locul de muncă Supraîncărcare Vecini Șomaj Temeri legate de mediul înconjurător Activități religioase Gospodărie nesatisfăcătoare Organizarea unor activități sportive Atacuri teroriste

După Curran D. (1985), „Stresul și Familia Sănătoasă"

ANEXA 4

OBIECTIVELE PROGRAMULUI DE REABILITARE CARDIACĂ

OBIECTIVE	**INTERVENȚII**
MANAGEMENTUL PSIHOSOCIAL	• evaluarea nivelului de suport social necesar • monitorizarea simptomelor de anxietate şi depresie • consiliere cu privire la reîntoarcerea la activitatea profesională, la şofat şi la activitatea sexuală • trimiterea către programe de reabilitare cardiacă spitaliceşti sau ambulatorii
RENUNȚAREA COMPLETĂ LA FUMAT	• evaluarea consumului de tutun • încurajarea pacientului şi familiei acestuia de a opri fumatul şi de a-l evita • facilitarea accesării unor servicii de consiliere, de terapie farmacologică şi programe de stopare a fumatului
ACTIVITATE FIZICĂ DE CEL PUȚIN 30 DE MINUTE APROAPE ÎN FIECARE ZI	• evaluarea riscului asociat exercițiilor fizice cu testarea la efort • creşterea graduală a perioadelor de activitate fizică la cel puțin 30 de minute în fiecare zi • nu se recomandă exerciții puternice în mod regulat
ADOPTAREA UNUI MODEL ALIMENTAR CARDIOPROTECTOR	• model alimentar care să includă: - porții mari de fructe, legume şi cereale - produse degresate - alune şi seminţe nesărate în cantităţi mici - carne de peşte
MENȚINEREA GREUTĂȚII	• pentru pacienții supraponderali şi obezi se realizează un plan nutrițional echilibrat individualizat • obiectivul inițial al pierderii în greutate trebuie să reducă greutatea pacientului cu 10% • încurajarea exercițiilor şi obiectivelor legate de alimentație
MEDICAȚIE DE REDUCERE A COLESTEROLULUI	• asigurarea schimbării alimentației • promovarea exercițiilor fizice şi a controlului greutății • evaluarea profilului lipidic şi începerea terapiei medicamentoase
CONTROLUL TENSIUNII ARTERIALE SUB VALORI DE 120-140/80-90	• asigurarea măsurilor asociate stilului de viață • adăugarea medicației antihipertensive individualizat la caracteristicile pacientului
AGENȚI ANTIPLACHETARI	• medicația continuă cu aspirină
BETABLOCANTE	• medicație continuă cu betablocanți

***Sursa**: New Zealand Guidelines Group şi Heart Foundation-The Heart of Our Nation, Cardiac Rehabilitation Goals, 2002 New Zealand Guidelines Group (NZGG), Wellington, New Zealand*

PROCESUL STRESULUI SOCIAL

STRESORI

Probleme, dezastre, traume, schimbări, ameninţări

Comunitate/Societate
- **externi sociali** (evenimente şi stresori cronici din comunitate, societate şi clase sociale)
* resurse de putere, economice şi de prestigiu inegal distribuite

Familie/Organizaţii
- **externi psihosociali** (evenimente şi stresori cronici din familie şi de la locul de muncă)

Individ (psihologic)
- **externi psihosociali** (evenimente de viaţă-stresori cronici); primari şi secundari (provocaţi de cei primari)-proliferarea stresorilor
- **interni psihologici** (credinţe, percepţii, evaluări,aşteptări) ce determină variabilitatea intraeveniment

Evenimente de viaţă
-neaşteptate
- de viaţă tipice
- zilnice stresante

Stresori cronici
-tensiuni ale status-sărăcia
-tensiuni de rol-fam/prof
-tensiuni context soc
-presiuni activ zilnice

Individ (biologic)
- **interni fizici** (lipsa hrana, boala)

RESURSE

Comunitate/Societate
Suport social (resurse sociale)
*Tipuri: emoţional, informaţional, material, apreciativ
*Surse:
- formale (biserica, servicii comunitare, măsuri legislative şi social-economice de asistenţă socială)

Comunitate/Societate
Suport social (resurse sociale)
*Tipuri: emoţional, informaţional, material, apreciativ
*Surse:
-informale (familie, colegi, vecini)

Individ (resurse personale psihologice)
***strategii coping**: fugă sau luptă
- centrate pe stresor (problemă) sau pe răspuns la stresor (emoţional-suport social, cognitiv-reinterpretare, fizic-ex.fizic, relaxare, comportamental), preventive
* **suport social** perceput
* ***localizarea controlului** (extern/intern)*
* **autoeficienţa**, măiestria, tip de P (A/B)

Individ (resurse personale biologice)
-constituţionale (sistem imunitar, starea de sănătate, sindrom general de adaptare (SGA): alarma,rezistenţa,epuizarea

EFECTE

Comunitate/Societate (distres societal)
- Marginalizarea unor grupuri sociale
- Discriminarea
- Rată ridicată a criminalităţii
- Dezorganizare, anomie societală

Familie/Organizaţii (distres grupal)
- **Criza familiei** (dezorganizare, conflicte interpers. violenţa intrafamilială, divorţ, abuz)
Crize instituţionale (conflicte interpersonale, productivitate scăzută)

Individ (distres psihologic)
-răspunsuri:
* **comportamental** (izolare socială, performanţe reduse, comport. nesănătoase: fumat, alcool, droguri, supraalimentaţie, agresivitate interpersonală, comport. antisocial, absenteism, modalităţi de petrecere a timpului liber)
* **emoţional** (anxietate, depresie,nefericire,furie)
* **cognitiv** (gânduri obsesive,insatisfactie, dificultăţi de concentrare etc.)

Distres fizic
***fiziologic** (HTA, boala cardiacă, creşterea pulsului, insomnie, sistem imunitar slăbit, durere de spate, probleme dermatologice etc.)
*mental (boli psihice, suicid)

Procesul stresului social

Stresul psihosocial şi boala cardiacă. *Analize şi intervenţii*

SIMBOLURI UTILIZATE ÎN REALIZAREA GENOGRAMEI FAMILIEI

Structura familiei:

Bărbat — femeie

bărbat/femeie decedat(ă)

divorţ

separare

Căsătorie şi copil

Funcţionarea familiei:

Modele de interacţiune intrafamilială

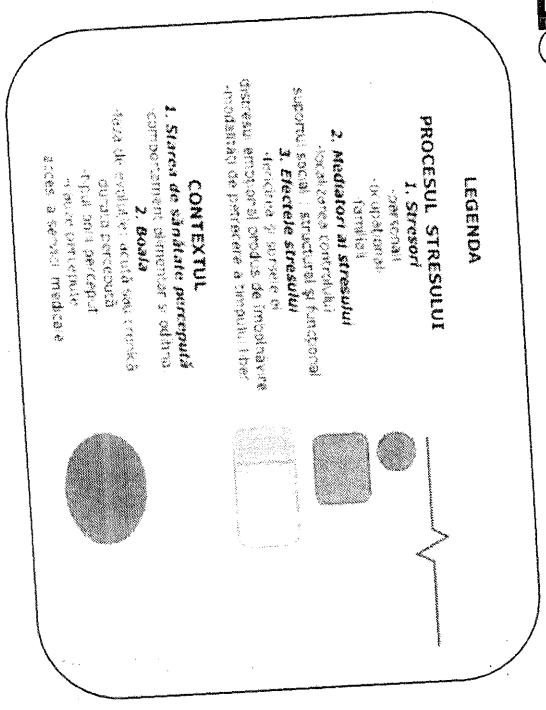
Relaţii foarte apropiate

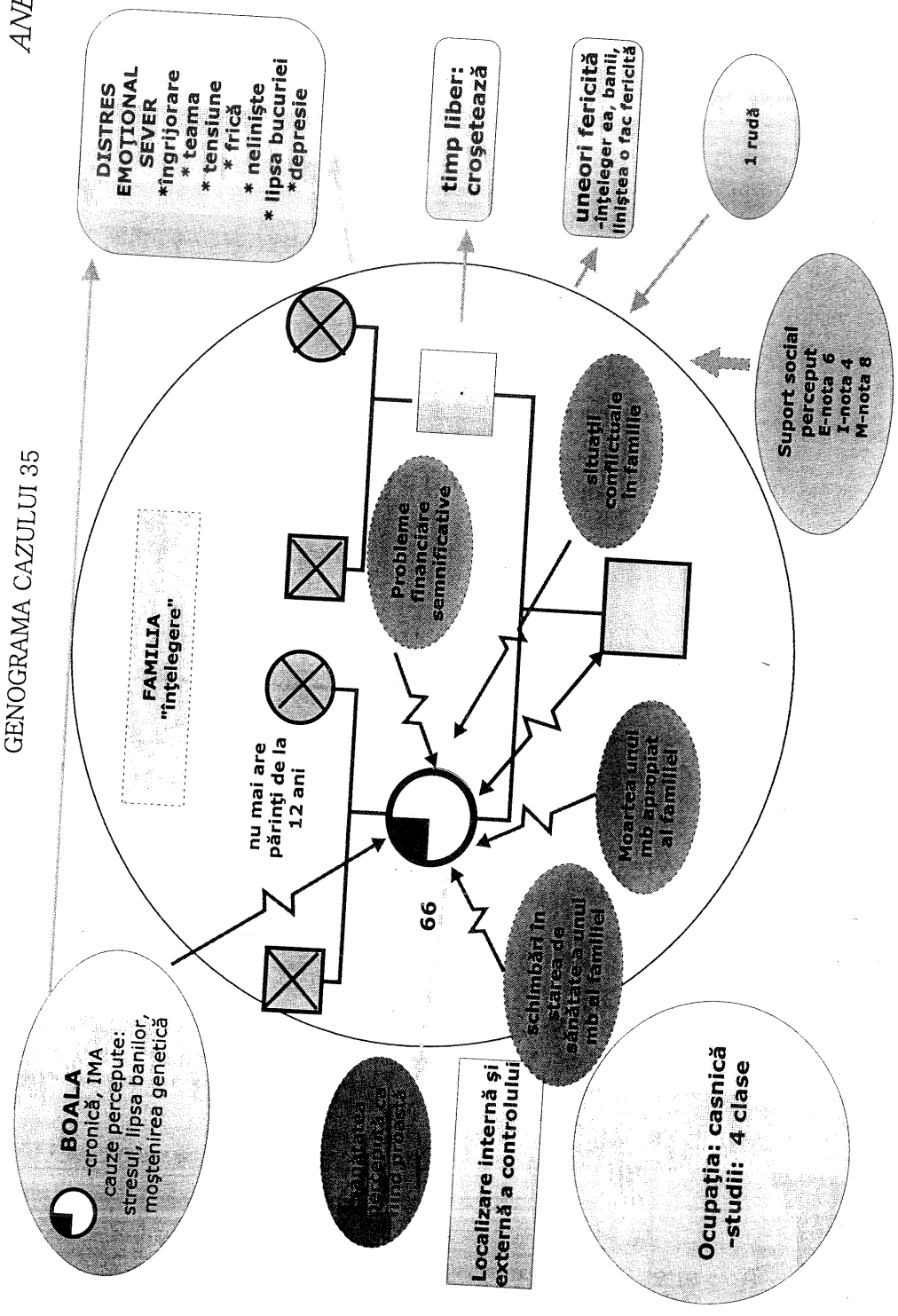
Relaţii conflictuale

Relaţii distante

Înstrăinare (rupere)

Relaţii apropiate şi conflictuale



ANEXA 7

GENOGRAMA CAZULUI 35